



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PROSS

CIBELE FERREIRA CEZAR

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE**

SÃO CRISTÓVÃO - SE

2020

CIBELE FERREIRA CEZAR

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Trabalho, Formação Profissional e Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dra. Rosangela Marques dos Santos.

SÃO CRISTÓVÃO – SE

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

C425s Cezar, Cibele Ferreira
Serviço social e intersetorialidade nas unidades de saúde da família no município de Aracaju/SE / Cibele Ferreira Cezar ; orientadora Rosangela Marques dos Santos. – São Cristóvão, SE, 2020.
157 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2020.

1. Serviço social. 2. Serviços de saúde – Relações com a família. 3. Atenção primária a saúde - Aracaju. 4. Assistentes sociais. I. Santos, Rosangela Marques dos, orient. II. Título.

CDU 364.4:614

CIBELE FERREIRA CEZAR

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Rosangela Marques dos Santos.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Rosangela Marques dos Santos
(**Presidente - UFS**)

Prof^a Dra. Vânia Carvalho Santos
(**1ª Examinadora Interna – UFS**)

Prof^a Dra. Albany Mendonca Silva
(**2ª Examinadora Externa – UFRB**)

*Aos meus avós: Aurino e Joana, à minha mãe e
a Rodrigo, minhas fortalezas, fontes de energia,
amor e força!*

AGRADECIMENTOS

Descrever esse caminho é um misto de sensações, afinal chegar até aqui não foi nada fácil, principalmente por ser aluna trabalhadora. A caminhada foi bem dolorosa, permeada de cansaços, abdições e incertezas, entretanto, foi um desafio essencial na minha vida profissional. Foram diversos aprendizados e reflexões, bem como inúmeras lágrimas, mas também muito sorrisos, pois não encontrei apenas uma turma, encontrei seres humanos que me acalentaram em todas as etapas desse processo e que foram as minhas forças todas as vezes em que eu pensava em desistir.

Faltam palavras para descrever essa sensação de finalização de uma meta tão difícil na minha vida em meio a uma pandemia, que interferiu diretamente nas minhas condições pessoais e profissionais. Estar na saúde pública nesse momento e ser aluna de mestrado em reta final trouxe um turbilhão de ansiedades e as inseguranças retornaram mais de uma vez: será que vou conseguir terminar? Muitas vezes acompanhar as discussões se tornou uma tarefa difícil porque não conseguia realizar todas as leituras como deveria, doeu perder noites de sono, abdicar do tempo em família, com amigos, sofrer antes do tempo, achando que não iria conseguir. E a verdade é que isso seria muito mais difícil se esse caminho não fosse permeado de pessoas que me acolheram e me incentivaram a ser o meu melhor e lutar por mais essa conquista. Aqui expresso meus eternos agradecimentos a pessoas tão especiais nessa trajetória.

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre esteve comigo me dando forças para lutar e para conquistar muitas vitórias.

Agradeço aos meus avós: Aurino e Joana, meus amores, que sempre me acolheram e me proporcionaram a melhor família que alguém poderia ter, os melhores ensinamentos e referências de amor. Amo vocês demais!

Agradeço à minha mãe Lúcia, que não conseguiu nem concluir o Ensino Fundamental, mas sempre abdicou da sua vida, trabalhando em vários lugares para proporcionar tudo o que podia para seus filhos, desde as condições materiais para estudar até o seu afago, preocupação e orações em todas as minhas lutas!

Agradeço ao meu marido, Rodrigo, principal incentivador dessa conquista, sem você eu não conseguiria, obrigado por toda compreensão e estímulos diários, não só pelas palavras motivadoras (lembro de todas as frases), mas também por estar junto me levando para todas as coletas de dados de norte a sul da cidade, muito obrigada! Prometo que agora teremos vida social (rsrs).

Agradeço aos meus irmãos Camila e Dido, aos primos e primas e todos os demais familiares que direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista.

Agradeço aos meus amigos, em especial a alguns que me incentivaram nessa conquista: Simonize, amiga que ama a pesquisa e que me estimulou, sendo uma referência para minha vida pessoal e profissional, muito obrigada.

Agradeço à minha querida orientadora Rosângela, realmente posso dizer que eu fui abençoada em ter você no meu caminho, ser humano incrível, apostou em mim e cultivou a minha dedicação de uma maneira intensa e ao mesmo tempo suave, preservando a minha saúde mental. Minha eterna gratidão a uma referência que a UFS tem o privilégio de ter entre os docentes da instituição, posso dizer também que a senhora já pode se aposentar com a sensação de dever cumprido porque realmente cumpre com muito zelo o seu papel profissional. Serei eternamente grata pelos aprendizados!

Agradeço a todos os/as professores/as do PROSS, obrigada por todos os ensinamentos, gratidão por essa passagem em minha vida. Em especial às professoras que aceitaram participar da minha banca e contribuíram com a melhoria desta dissertação.

Agradeço à melhor turma que o PROSS já teve, vocês são exemplos de cumplicidade, afeto, coletividade, carisma, acolhimento e tudo de maravilhoso que uma turma pode ofertar, sem vocês seria tão difícil chegar, vocês tornaram meus dias mais alegres, mais leves e mais reflexivos. Muito obrigada, Adriana, Bruna, Carina, Flávia, Ingrid, Isabelle, Márcia, Sandra Suellen, Tainá e Vinicius.

Agradeço a Walter, umas das pessoas mais prestativas que conheço, compreensivo, comprometido com o trabalho e que sempre auxilia todos ao seu redor, continue sendo esse ser de luz!

A todas as assistentes sociais que participaram dessa pesquisa, em especial a responsável técnica pelo Serviço Social, que auxiliou a comunicação para a concretização dessa pesquisa. À Prefeitura de Aracaju, que possibilitou esse estudo por intermédio dos seus funcionários, meus eternos agradecimentos a todos os envolvidos.

Finalizo agradecendo a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desse sonho. Gratidão a todos!

*Nós não podemos ter o “social” no nome e o
“solitário” no trajeto*

(Maria Lúcia Martinelli)

RESUMO

A Reforma Sanitária e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) viabilizaram um modelo de saúde na perspectiva da universalidade e o reconhecimento da complexidade das necessidades dos sujeitos sociais. O/a assistente social foi requisitado nesse processo com demandas que envolvem uma série de determinantes e condicionantes de saúde. Nesse sentido, a estratégia da intersetorialidade é afirmada como um instrumento de fortalecimento do direito dos/as usuários/as na direção de um atendimento integral. Este estudo apresenta a temática Serviço Social e Intersetorialidade e tem como objetivo analisar de que forma os/as assistentes sociais utilizam em seu cotidiano profissional a estratégia da intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família (USFs) de Aracaju-SE. Aponta como objetivos específicos: conhecer as ações intersetoriais que permeiam as intervenções dos/as assistentes sociais nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju-SE, verificar as implicações decorrentes da atual conjuntura para a materialização da intersetorialidade na atuação profissional e identificar a visão dos/as assistentes sociais sobre os principais desafios e perspectivas para a utilização da intersetorialidade no âmbito das USFs. Trata-se de pesquisa de campo do tipo exploratória e descritiva, bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa e quantitativa. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas. O universo da pesquisa foi composto por 38 (trinta e oito) assistentes sociais que atuam nas 45 (quarenta e cinco) USFs de Aracaju, com uma amostra composta por 20 (vinte) assistentes sociais. A interpretação dos dados ocorreu a partir da análise de conteúdo com base no método do materialismo histórico dialético. Os resultados evidenciaram que apesar das assistentes sociais reunirem um conjunto de informações e práticas no campo da intersetorialidade, as ações nas USFs ocorrem em ausência de uma orientação dos fluxos, das ofertas de serviços e das estratégias para a materialização da intersetorialidade, o que relacionadas aos atuais desmontes com o desfinanciamento das políticas sociais, tem impactado diretamente nas ações intersetoriais, com políticas seletivas e de fortalecimento do projeto privatista na saúde. Desse modo, as ações intersetoriais devem fazer parte das reflexões dos/as profissionais, pois são ferramentas que reafirmam o compromisso da categoria com os direitos sociais dos/as usuários/as e com a integralidade da assistência à saúde, os quais se alinham ao Projeto Ético-Político Profissional e ao projeto de Reforma Sanitária.

Palavras-Chave: Serviço Social; Intersetorialidade; Unidade de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Health Reform and the institutionalization of the Unified Health System (SUS) enabled a health model in the perspective of universality and the recognition of the complexity of the needs of social subjects. The social worker was requested in this process, with demands that involve a series of health determinants and conditions. In this sense, the intersectoral strategy is affirmed as an instrument to strengthen the right of users towards comprehensive care. This study presents the theme Social Service and Intersectorality and aims to analyze how social workers use the strategy of intersectorality in Family Health Units (FHU's) in Aracaju / Se in their professional daily lives. It points out as specific objectives: to know the intersectoral actions that permeate the interventions of the social workers in the Family Health Units of Aracaju-SE to verify the implications resulting from the current situation for the materialization of intersectorality in professional performance and to identify the vision of/social workers on the main challenges and perspectives for the use of intersectorality within the scope of the FHU's. It is exploratory and descriptive, bibliographic and documentary field research, with a qualitative and quantitative approach. For data collection, the semi-structured interview technique was used, with open and closed questions. The universe of research was composed of 38 (thirty-eight) social workers who work in the 45 (forty-five) FHU's in Aracaju, with a sample composed of 20 (twenty) social workers. The interpretation of the data occurred from the content analysis based on the method of dialectical historical materialism. The results showed that although social workers gather a set of information and practices in the field of intersectorality, actions in the FHUs occur in the absence of an orientation of flows, service offerings and strategies for the materialization of intersectorality, which are related to current dismantling with the de-financing of social policies has had a direct impact on intersectoral actions, with selective policies and the strengthening of the privatist health project. Thus, intersectoral actions should be part of the reflections of professionals, as they are tools that reaffirm the category's commitment to the social rights of users and to the integrality of health care, which are aligned with the Project Ethical-Political Professional and the Health Reform project.

Keywords: Social Service; Intersectorality; Family Health Unit.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Mapa de Sergipe com divisão territorial por regiões de saúde	66
Figura 02 - Mapa de Aracaju com divisão territorial por regiões de saúde.....	66
Figura 03 - Áreas descobertas de ESF.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Quantidade de profissionais entrevistados por regiões	76
Tabela 02 - Encaminhamentos intersetoriais dos/as assistentes sociais das USFs (2018-2020).....	101
Tabela 03 - Maiores demandas de caráter intersetorial	102
Tabela 04 - Políticas e/ou instituições mais acionadas	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Quantitativo de assistentes sociais por ESF.....	76
Gráfico 02 - Idade das profissionais	78
Gráfico 03 - Ano de formação.....	79
Gráfico 04 - Quantidade de profissionais que possuem pós-graduação.....	80
Gráfico 05 - Tempo de trabalho na instituição	81
Gráfico 06 - Tempo de trabalho na equipe	82
Gráfico 07 - Carga horária semanal.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACE - Agente de Combate às Endemias

ACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BVG - Benefício Variável à Gestante

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CBAS - Congresso Brasileiro de Serviço Social

CadÚnico - Cadastro Único

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEPS - Centro de Educação Permanente em Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEDEPSS - Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CIRAS - Centro de Integração Raio de Sol

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COVID-19 - Doença Gerada pelo Coronavírus

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

DSS - Departamento de Serviço Social

EC - Emenda Constitucional

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

ENPESS - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GT - Grupo de Trabalho

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensão

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira

LBA - Legião Brasileira de Assistência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
NIS - Número de Identificação Social
NASF-AB - Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OEA - Organizações dos Estados Americanos
PBF - Programa Bolsa Família
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico
PRONAM - Programa Nacional de Alimentação
PSE - Programa Saúde na Escola
PSF - Programa Saúde da Família
PTS - Projeto Terapêutico Singular
REAE - Rede de Atenção Especializada
REAP - Rede de Atenção Primária
REAPS - Rede de Atenção Psicossocial
REUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RT - Responsável Técnica
SINDASSE - Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado de Sergipe
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
STF - Supremo Tribunal Federal
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFS - Universidade Federal de Sergipe
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS.....	25
1.1 A saúde pública no Brasil: histórico e situação atual	25
1.2 A Política Nacional de Atenção Básica: desafios e perspectivas	38
2 A INTERSETORIALIDADE E A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	46
2.1 A estratégia da intersetorialidade na política de saúde.....	46
2.2 Serviço Social e intersetorialidade e os desafios atuais na política de saúde	54
3 A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE E A INSERÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS	65
3.1 A conformação da Regiões de Saúde em Aracaju-SE.....	65
3.2. A inserção dos/as assistentes sociais no PSF aracajuano	69
3.3 Perfil dos/as assistentes sociais das Unidades Básicas de Saúde de Aracaju.....	75
4 A ATUAÇÃO INTERSETORIAL DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NAS USFs DE ARACAJU	85
4.1 A estratégia da intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju	85
4.2 A prática profissional dos/as assistentes sociais na ação intersetorial.....	95
4.3 Concepção do atual cenário da ação intersetorial: potencialidades e desafios	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS	132
APÊNDICES	143
ANEXOS	147

INTRODUÇÃO

A atuação intersetorial é umas das estratégias utilizadas para a efetivação de um atendimento na perspectiva integral dos/as usuários/as das políticas sociais e os/as assistentes sociais são profissionais essenciais nesse processo por considerar o sujeito social nas suas diversas necessidades. No entanto, a orientação neoliberal das políticas sociais na atualidade tem promovido a fragmentação, focalização e descontinuidade das ações, o que gera cada vez mais dificuldades no acesso aos serviços; por outro lado, o agravamento das expressões da questão social interfere de forma mais intensa no processo saúde-doença dos usuários/as.

Dito isso, este trabalho objetiva analisar de que forma os/as assistentes sociais utilizam em seu cotidiano profissional a estratégia da intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família (USFs) de Aracaju-SE. Para tanto, resgatou-se a história da política de saúde no Brasil e a relação com o movimento da Reforma Sanitária (integrado por intelectuais, profissionais da saúde e usuários/as), considerado como um dos movimentos nacionais fundamentais na construção das diretrizes e princípios da atual política de saúde.

Diante dessa perspectiva, realizou-se um levantamento sócio-histórico sobre a saúde pública brasileira até os dias atuais, incluindo o debate sobre os projetos em disputa: o Privatista, a Reforma Sanitária e a Reforma Sanitária Flexibilizada¹, com sinalização para os avanços e retrocessos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em seguida, discutiu-se sobre a inserção dos/as assistentes sociais na saúde e as implicações no fazer e direcionamento profissional na perspectiva de uma atuação intersetorial.

Conforme pontuam Ferreira e Silva (2005) e Pansini (2011), identificou-se a proposta da intersetorialidade no Brasil desde a década de 1970 com o II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico (PND), elaborado para o período 1975/1979, o qual apontava que desequilíbrios intersetoriais poderiam derivar em agravamento de crise econômica, bem como o teor das recomendações contidas no relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde, o qual afirma “preconizar uma ampla e necessária articulação dos diferentes órgãos e entidades que executam ações de saúde” (BRASIL, 1977, p. 58).

¹ “A professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maria Inês de Sousa Bravo, afirmou que houve um período curto em que se valorizou o público e um longo período de fortalecimento do privado. Com a redemocratização e a Reforma Sanitária, a saúde seria um direito de todos e dever do estado e seria articulada com a seguridade social no seu sentido mais amplo; nesse debate, o privado foi definido como complementar. Hoje, existem três projetos bem definidos no SUS: aquele embasado na Reforma Sanitária, mais democrático, um outro privatista, articulado com o mercado, e um terceiro, que seria a Reforma Sanitária Flexibilizada” (BRASIL, 2011b, s/p).

No ano de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde, a qual teve as suas deliberações encaminhadas para a Assembleia Nacional Constituinte. O questionamento sobre a hegemonia do modelo biomédico provocou modificações nas diretrizes da política de saúde com a defesa de mudança no modelo assistencial na perspectiva dos direitos sociais, não contributiva, de acesso universal e igualitário e com referência aos determinantes e condicionantes da saúde.

Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi incorporado ao texto da Constituição Federal de 1988. Esse sistema preconiza a saúde como um direito de todos e dever do Estado e reconhece que os determinantes sociais influenciam no processo saúde-doença e não apenas nos aspectos biológicos (BRASIL, 1988).

A primeira Lei Orgânica da Saúde (LOS), de nº 8.080/90, estabeleceu as diretrizes e objetivos do SUS para o território nacional e afirmou a importância da intersetorialidade com a apresentação da necessidade de ações articuladas com outras políticas na perspectiva de um atendimento integral. Ressalta-se que o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve ser a Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Nessa direção, surgiu em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) como um conjunto de ações em saúde no âmbito da Atenção Primária². Posteriormente, o PSF passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), definida pelo MS como uma reorganização do modelo de atendimento à população. Essa proposta apresentou como uma de suas atribuições a execução de suas ações em articulação com as demais políticas, com intervenções para além do setor da saúde (BRASIL, 2012b).

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), a composição das equipes da ESF deverá ser multiprofissional e ter no mínimo as seguintes categorias: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes de saúde, podendo ser inseridos cirurgião-dentista e/ou técnico em saúde bucal e o agente de combate às endemias (ACE). Note-se que o/a assistente social não foi designado/a para a composição da equipe citada.

As novas diretrizes e princípios da política de saúde brasileira, a partir da institucionalização do SUS, compreende a inserção dos determinantes e condicionantes da

² “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos ‘atenção básica’ e ‘Atenção Primária à Saúde’, nas atuais concepções, como termos equivalentes” (BRASIL, 2012b, p. 22). Sabe-se que embora os referidos termos sejam utilizados como sinônimos no país, há uma discussão em torno dessas terminologias, as quais são apresentadas da seguinte forma: a atenção básica evidencia a concepção de algo simples, apresenta uma terminologia que pode ser banalizado, e com relação ao termo atenção primária à saúde [...] o significante primário quer referir-se ao ‘complexíssimo’ princípio da APS, o do primeiro contacto” (MENDES, 2005, p. 02).

saúde³ da população e sinaliza a importância da inclusão dos/as assistentes sociais na área da saúde com demandas que envolvem intervenções profissionais que não se limitam a práticas curativas. Diante disso, as Unidades de Saúde da Família (USFs) se apresentam como espaços estratégicos para a atuação intersetorial dos/das assistentes sociais, pois se constituem na principal porta de entrada dos/as usuários/as no SUS.

Destaca-se que dentre as discussões que envolvem a intersetorialidade, saúde e Serviço Social, autores como Cavalcanti e Macedo (2015), em pesquisa bibliográfica e documental, consideraram alguns desafios, baseados no levantamento realizado: a) o caráter interdisciplinar e intersetorial do trabalho profissional no campo das políticas sociais públicas; b) a afirmação de que escassos trabalhos revelam uma relação direta dos/as assistentes sociais no fortalecimento e estímulo a intersetorialidade; c) os/as profissionais têm se apropriado dessa temática cada vez mais, porém com um número ainda reduzido⁴ de estudos resultantes de experiências profissionais.

Assim, cabe ressaltar que o debate acerca da intersetorialidade tem diferentes sentidos, entretanto, as discussões realizadas nesta pesquisa terão como referência o entendimento dessa temática a partir da seguinte perspectiva:

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 01-02).

Dessa forma, a intersetorialidade é reafirmada no presente estudo como um instrumento de fortalecimento do direito dos/as usuários/as fundamental na execução da política social, pois a complexidade e o agravamento das diversas expressões da questão social na vida dos sujeitos

³ “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990a, s/p).

⁴ Conforme pesquisa dos referidos autores, baseados em artigos científicos apresentados em edições do evento Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) nos anos de 2002 a 2012, identificou-se que o tratamento da intersetorialidade relacionado às Políticas Sociais contabilizou 20 (vinte) trabalhos, com relação à Intersetorialidade relacionada ao exercício profissional do/a assistente social, totalizou 09 (nove) estudos (CAVALCANTI; MACEDO, 2015).

e a fragilidade do sistema de proteção social limitam a atenção destinada aos usuários/as na perspectiva da integralidade⁵.

Conforme Tavares (2009), os/as assistentes sociais foram inseridos/as nas ESF após mobilização da categoria para a inclusão desses/as profissionais nas USFs do município de Aracaju-SE. Essa conquista se traduz em um marco histórico para o Serviço Social, pois como visto anteriormente, não era uma exigência do Ministério da Saúde, bem como já era uma reivindicação dos/as profissionais em âmbito nacional, entretanto, nem todos os municípios conseguiram a inserção do/a assistente social, o que ratifica a relevância dessa conquista na saúde pública de Aracaju-SE.

Diante do exposto, a presente pesquisa objetivou analisar de que forma os/as assistentes sociais utilizam em seu cotidiano profissional a estratégia da intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família no município de Aracaju-SE. Nessa direção, discorreu sobre algumas categorias importantes nesse processo de análise e construção desse estudo, com apontamentos sobre a política de saúde e as consequentes mudanças e atuais implicações, que interferem diretamente na atuação profissional dos/as assistentes sociais.

O interesse por essa investigação foi motivado durante o fazer profissional⁶ enquanto assistente social na atenção primária à saúde de um município localizado no centro-sul Sergipano, em que a pesquisadora ao atuar desde o ano de 2017 observou algumas implicações que dificultam o fazer profissional e a materialização da estratégia da intersetorialidade. Esse contexto despertou o interesse pela temática e instigou a necessidade de provocar discussões e análises que envolvem a intersetorialidade e a prática profissional do Serviço Social.

Nessa perspectiva, o trabalho apresentou o seguinte problema de pesquisa: como os/as assistentes sociais utilizam a estratégia da intersetorialidade no âmbito das USFs no município de Aracaju-SE? E teve como questões norteadoras: de que forma as ações intersetoriais permeiam as intervenções dos/as assistentes sociais inseridos/as nas USFs de Aracaju-SE? Quais as implicações decorrentes da atual conjuntura para a materialização da intersetorialidade? Qual a visão dos/as assistentes sociais sobre os principais desafios e perspectivas para a utilização da intersetorialidade no âmbito das USFs?

⁵ “A integralidade é um dos princípios do SUS, [...] entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, s/p).

⁶ Durante a prática profissional em uma unidade de saúde foi observado que lá não há um direcionamento acerca das estratégias da intersetorialidade, ausência de diálogo com a rede, várias políticas acompanhando uma mesma família, mas não dialogam conjuntamente, descontinuidade das ações e dificuldades em várias tentativas de articulações intersetoriais, principalmente pela rotatividade de profissionais.

Com relação aos objetivos específicos, foram elencados: 1) conhecer as ações intersetoriais que permeiam as intervenções dos/as assistentes sociais nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju-SE; 2) verificar as implicações decorrentes da atual conjuntura para a materialização da intersectorialidade na atuação profissional e, 3) identificar a visão dos/as assistentes sociais sobre os principais desafios e perspectivas para a utilização da intersectorialidade no âmbito das USFs.

Para a concretização desse trabalho realizou-se a revisão bibliográfica durante as etapas de execução da pesquisa com vistas à fundamentação teórica e maior aproximação com o debate acadêmico a respeito da temática por intermédio de acesso a livros, revistas especializadas, artigos, dissertações e teses.

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, tratou-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória e descritiva, uma vez que aquela descreve as características de uma população e faz uso de técnicas padronizadas na coleta de dados, já a última é um tipo de estudo que “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 2008, p. 27). A opção por esse tipo de pesquisa ocorreu, pois a investigação sobre o presente tema, sobretudo no que diz respeito à atuação profissional dos/as assistentes sociais, registra-se em um número ainda reduzido.

A pesquisa apresentou uma abordagem qualitativa, a qual é indicada nos estudos de questões mais particulares da realidade que não podem ser quantificadas:

Responde a questões muito particulares [...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2011, p. 21).

Este estudo também incluiu uma abordagem quantitativa ao tratar os resultados obtidos durante a coleta de informações por intermédio de técnicas estatísticas, as quais objetivaram apresentar dados mensuráveis, indicadores e tendências observáveis (MINAYO, 2008).

Portanto, utilizou-se das abordagens qualitativa e quantitativa por compreender que ambas não se opõem, mas se complementam. De acordo com Minayo (2011), entre essas duas abordagens existe “uma oposição complementar, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa” (MINAYO, 2011, p. 22).

No que diz respeito ao universo da pesquisa, sabe-se que conforme dados apresentados anteriormente, a Rede de Atenção Primária (REAP) de Aracaju possui oito (08) regiões de saúde e quarenta e cinco (45) USFs e dessas, no recorte temporal dessa pesquisa, trinta e oito (38) possuem assistentes sociais. A pesquisa teve como universo os/as assistentes sociais das trinta e oito (38) Unidades de Saúde da Família e amostra de vinte (20) assistentes sociais, totalizando 52,6% do universo pesquisado.

O tipo de amostra caracterizou-se como não probabilístico intencional composto por 52,6% das unidades que possuem assistentes sociais e utilizou-se como critério os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa. Cabe ressaltar que foi possível entrevistar três (03) assistentes sociais⁷ em 06 (seis) regiões de saúde, quantitativo inicialmente intencionado, no sentido de permitir uma abrangência do universo pesquisado. Contudo, em 02 (duas) regiões, tendo em vista alguns desfalques temporários ou permanentes de profissionais, só foi possível a realização de 01 (uma) entrevista em cada, o que totalizou o quantitativo de 20 (vinte) entrevistas.

Nesse sentido, o lócus da pesquisa constituiu-se das oito (08) regiões de saúde do município de Aracaju-SE, as quais possuem em média de quatro (04) a sete (07) unidades de saúde por regiões, totalizando quarenta e cinco (45) Unidades de Saúde da Família. As equipes são multiprofissionais e atualmente contam com a inserção dos/as assistentes sociais em trinta e oito (38)⁸ USFs.

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, a partir de um roteiro (Apêndice A) e realizadas com agendamento prévio. As entrevistas foram registradas em áudio, conforme a anuência dos/as entrevistados/as e posteriormente foram transcritas com a finalidade de manter-se a fidedignidade dos dados obtidos. Optou-se por este tipo de técnica uma vez que propicia espaço livre para o surgimento de novas indagações no decorrer do encontro entre pesquisador/a e entrevistado/a (NOGUEIRA; BÓGUS, 2004).

A categorização dos dados dessa investigação ocorreu a partir da descrição numérica de como determinadas categorias estavam presentes ou não nos discursos e em quais contextos e como isso aconteceu, a partir da leitura e releitura do material coletado, com observação aos objetivos da presente pesquisa.

⁸ Dados obtidos por intermédio de contato informal em 03 de outubro de 2019 com a Responsável Técnica (RT) do Serviço Social na Rede Primária de Saúde de Aracaju-SE. Na oportunidade obtivemos a informação de que há alguns profissionais em gozo de licença e/ou de férias e outros em processo de aposentadoria.

Conforme afirma Bardin (2004), a categorização é um procedimento de classificação dos elementos presentes nos dados obtidos durante a coleta, apresenta-se por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento.

Com relação ao processo de análise e interpretação de dados, teve por base a técnica de análise de conteúdo, a qual pode ser utilizada para texto escrito ou comunicação, o que permite a captação de conformidades nas falas dos sujeitos envolvidos.

Dessa forma, a análise de conteúdo é definida como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p. 37).

De acordo com Gil (2008, p. 08), “pode-se definir método como caminho para se chegar a determinado fim”. Assim, com relação ao método que proporcionou as bases lógicas da investigação desse estudo elegeu-se o materialismo histórico dialético, uma vez que é capaz de “situar e analisar os fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, determinado por múltiplas causas na perspectiva de totalidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 38).

O método do materialismo histórico dialético compreende os conceitos do ponto de vista histórico, passíveis de modificações das formas de produção humana. Esse conceito é dinâmico ao considerar em sua totalidade as mediações e os processos sociais contraditórios (MARX, 2008).

Com relação aos princípios éticos da pesquisa, destacamos que o presente trabalho esteve em conformidade com a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi submetido ao Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS), da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju-SE e ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (UFS), o qual obteve a aprovação conforme Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 17557619.3.0000.5546 e Parecer nº 3.547.805.

Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁹, conforme (Apêndice B), no qual constam as informações sobre a pesquisa e a sua concordância. Além dessas orientações, a autora da pesquisa observou as condutas éticas

⁹ Ressalta-se que inicialmente o título da pesquisa estava extenso e durante a qualificação foi sugerida a redução, portanto está reduzido em comparação ao que estava exposto no TCLE e no Comitê de Ética da UFS.

durante as etapas da pesquisa, com respeito aos trâmites legais e anonimato dos sujeitos envolvidos.

Desse modo, aponta-se a importância de discutir essa temática e espera-se que este estudo contribua com as discussões teórico-práticas na academia, nas ações dos/as assistentes sociais inseridos/as na política de saúde e para a sociedade de modo geral. Pretende-se ainda fornecer reflexões teóricas para que os/as trabalhadores/as, estudantes e demais envolvidos repensem sobre as categorias que perpassam a setorização das políticas sociais e em particular a inserção dos assistentes sociais nas USFs em Aracaju-SE, bem como contribuam com a materialização dos pilares do Projeto Ético-Político Profissional e das diretrizes propostas pelo movimento da Reforma Sanitária.

A presente pesquisa se estruturou da seguinte forma: com a apresentação inicial da introdução e posteriormente com quatro capítulos. O **primeiro**, intitulado *A saúde pública no Brasil: aspectos sócio-históricos*, apresentou um breve resgate da saúde pública brasileira até os dias atuais e o debate dos projetos políticos em disputa: o Privatista e a Reforma Sanitária, e Reforma Sanitária Flexibilizada, bem como os avanços e retrocessos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O **segundo capítulo**, *A intersetorialidade e a atuação do/a assistente social na saúde*, abordou o debate sobre a intersetorialidade e as suas diversas concepções e o seu uso no meio acadêmico. Em seguida, discutiu sobre a atuação do/a assistente social e os desafios para a efetivação da estratégia da intersetorialidade no âmbito da política de saúde.

O **terceiro** e o **quarto** realizaram uma análise e interpretação dos dados a respeito da intersetorialidade coletados junto aos/as assistentes sociais que atuam nas USFs do município de Aracaju-SE. Por fim, as considerações finais apresentaram reflexões sobre os resultados da pesquisa, seguida das Referências, Apêndices e Anexos.

1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS

Este capítulo apresenta um resgate sócio-histórico sobre a saúde pública brasileira desde o período do Brasil-Colônia até os dias atuais e percorre os principais momentos que demarcaram a evolução dessa política. Com destaque para os principais modelos de saúde e foco no debate sobre os projetos em disputa: Privatista, Reforma Sanitária e Reforma Sanitária Flexibilizada, que se acirraram com a instalação do modelo neoliberal no país a partir dos anos de 1990.

Em seguida, ressalta as mudanças ocorridas no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica no país e pontua os avanços e retrocessos no que preconiza os princípios do Sistema Único de Saúde, bem como contextualiza as alterações recentes que interferem no atendimento ofertado na principal porta de entrada dos/as usuários/as no SUS.

1.1 A saúde pública no Brasil: histórico e situação atual

Os debates relacionados às políticas sociais no Brasil são marcados por transformações que repercutem até os dias atuais. Para a análise dessa discussão é necessário o conhecimento sobre o desenvolvimento da sua história, os caminhos que percorreram para a sua efetivação, considerando-se a realidade brasileira, marcada por profundas desigualdades sociais.

Para pensar sobre o significado sócio-histórico das políticas sociais e a sua função, a literatura conta com uma gama de autores. Conforme a concepção de Pereira (2009, p. 95), “a política social visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis”, com aplicabilidade quando operacionalizados por meio de políticas públicas mediante programas, projetos e serviços.

Segundo Faleiros (1991, p. 80), “as políticas sociais são formas de manutenção da força de trabalho econômica e politicamente articuladas para não afetar o processo de exploração capitalista e dentro do processo de hegemonia e contra hegemonia da luta de classes”. Desse modo, analisa as políticas sociais no modelo de produção capitalista a partir do movimento contraditório da luta de classes.

A esse respeito, Behring e Boschetti (2011) consideram que o estudo das políticas sociais deve levar em consideração que essas são resultantes de relações complexas e contraditórias entre Estado e sociedade civil no processo de produção e reprodução do capitalismo e que a sua constituição é resposta às múltiplas expressões da questão social, contudo, ocorrem sem comunicações entre si e de forma segmentada. As referidas autoras

apontam que a política social apresenta um caráter antagônico e que deve considerar os “limites e possibilidades dos direitos no capitalismo [...]”. É preciso entender que os direitos no capitalismo são capazes de reduzir desigualdades, mas não são e não foram até aqui capazes de acabar com a estrutura de classes” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 194-195).

Diante disso, as políticas sociais são reconhecidas como produtos de uma relação de contradição, em que consiste em possibilidades e limites na sociedade capitalista. Entretanto, o reconhecimento das limitações não desconsidera a importância das políticas sociais e dos direitos sociais para a nossa sociedade, principalmente para a classe trabalhadora.

Nessa direção, Behring e Boschetti (2011) afirmam que para uma análise dialética e crítica é necessário considerar alguns indicadores para explicar o surgimento e desenvolvimento das políticas sociais: a natureza e estratégias do capitalismo, as relações entre Estado e políticas sociais e a função das classes sociais.

Dessa forma, para um entendimento ampliado sobre a trajetória sócio-histórica da política de saúde no Brasil, faz-se necessária uma aproximação com as particularidades que perpassaram a construção do modelo assistencial destinado à população de acordo com as especificidades de formação da sociedade brasileira.

Portanto, para analisar a configuração da política social no Brasil é importante frisar que desde o período de colonização¹⁰ a economia do país já era voltada para o mercado externo com enriquecimento direcionado para os países centrais, bem como sinalizar que o período escravista também deixou marcas nas condições de trabalho e nas relações sociais. Esses são alguns dos determinantes que fazem parte da formação social brasileira e têm influência até os dias atuais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, ao adentrar no período histórico da constituição da saúde brasileira, observa-se que no momento compreendido entre a Colonização do Brasil e o período do Império¹¹ não se identifica um modelo governamental de atenção à saúde da população. “Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar” (POLIGNANO, 2006, p. 03).

¹⁰ Período histórico brasileiro compreendido entre 1530 a 1822, em que os portugueses vieram para o Brasil e iniciaram o domínio sobre as terras e os povos.

¹¹ Compreende o lapso temporal entre a Independência do Brasil em 1822 até à Proclamação da República em 1889. Nesse período a forma de governo era a monarquia.

Ao longo da história do Brasil a chegada dos Jesuítas¹² foi demarcada como um momento de disseminação do Cristianismo e suporte à saúde da população que habitava as terras brasileiras. Sinaliza-se que os jesuítas realizaram várias ações no sentido de propagar as suas crenças e religião no território brasileiro e utilizaram algumas intervenções relacionadas à condição de saúde da população.

Calainho (2005) salienta que devido às dificuldades de acesso aos medicamentos oriundos de Portugal, os jesuítas apreenderam sobre o conhecimento dos recursos naturais das terras brasileiras e descobriram os efeitos curativos, relevantes naquele período para a cura de algumas doenças a exemplo da malária, problemas respiratórios e digestivos, dentre outras.

Assolada por surtos epidêmicos de doenças como malária, sarampo, febre amarela, disenteria e varíola, contou com uma enorme habilidade dos Jesuítas na observação dos sintomas, na evolução destas moléstias e na aplicação da terapêutica possível. Todos os aldeamentos indígenas na colônia foram alvo da ação jesuítica na área da medicina e da saúde. Em 1574, o Provincial Inácio de Tolosa determinou que em todas as aldeias fossem criadas enfermarias e casas isoladas, que funcionassem como hospital. O trabalho era intenso: além das epidemias e outras doenças, cuidavam também de índios feridos pelas guerras, de parturientes, drenavam pântanos para melhorarem as condições dos aldeamentos e reforçavam a alimentação dos doentes (CALAINHO, 2005, p. 08).

Destacam-se que diante das contribuições significativas dos jesuítas à saúde da população, tem-se que essas ações estavam interligadas com a questão religiosa, ou seja, as possibilidades de cura de doenças relacionavam-se à aceitação da fé cristã, ainda que desrespeitadas a cultura dos indígenas e referenciadas como lado negativo,¹³ por isso o sofrimento por meio das doenças.

Outro fator histórico relevante na história da saúde brasileira foi a transferência da família real para o Brasil, em 1808, pois ocasionou o início do desenvolvimento de uma estrutura sanitária mínima para atender a corte portuguesa. Para tanto, criaram-se algumas estratégias com esse objetivo mediante a fundação do Colégio Médico na Bahia e a criação da Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro por parte de Dom João VI (POLIGNANO, 2006).

¹² Conforme escritos de Calainho (2005), a ação dos jesuítas no período colonial do Brasil no campo da saúde aponta para contribuições junto à população, ao afirmar que “a escassez de médicos leigos, formados por escolas de medicina na Europa, pelo menos até o século XVIII, fez dos jesuítas os responsáveis, quase que exclusivos pela assistência médica no primeiro século de colonização no Brasil” (CALAINHO, 2005, p. xx).

¹³ “A cura trazida pelo jesuíta, intermediada pelo batismo, era a legítima, proporcionada, em última instância, pelo Deus cristão. A efervescência dos costumes ameríndios, nos discursos dos padres da Companhia, poderia ser punida com o castigo divino, por doenças e mortes” (CALAINHO, 2005, p. 14-15).

Ainda de acordo com o aludido autor, até o ano de 1850 as atividades de saúde pública no Brasil limitavam-se às ações de delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais por intermédio de controle de navios e portos da cidade do Rio de Janeiro. Portanto, no período da República Velha¹⁴, a saúde brasileira foi marcada por um momento de altos índices de doenças e dificuldades de controle, o que desencadeou o aparecimento de epidemias com prejuízos à saúde da população e o comércio exterior, pois devido a essa situação os navios estrangeiros não atracavam no país:

A saúde pública no período da República Velha está associada às tentativas de se conter as doenças coletivas, uma vez que a imigração trouxe consigo muitas doenças e não existiam políticas públicas de saúde. Deu-se o aparecimento de epidemias de febre amarela e peste bubônica, dentre outras (FIGUEIREDO; PORTO JÚNIOR, 2017, p. 23).

Dessa forma, no período entre 1889 e 1930 ocorreu a propagação de várias doenças transmissíveis no Rio de Janeiro. Para o enfrentamento das epidemias, o Estado brasileiro iniciou campanhas a partir de uma política de saneamento nos espaços de circulações de mercadorias com o objetivo de erradicar e controlar as doenças que prejudicariam as exportações (MENDES, 1994).

Em 1903, Oswaldo Gonçalves Cruz¹⁵ foi nomeado diretor do Departamento Federal de Saúde Pública pelo presidente Rodrigues Alves e comprometeu-se com a erradicação da epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Apesar de se destacar por sua contribuição na saúde brasileira nesse período, suas medidas para o combate das doenças foram consideradas coercitivas e policialescas, o que gerou repulsa da população.

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. A população, com receio das medidas de desinfecção, trabalho realizado pelo serviço sanitário municipal, revolta-se tanto que, certa vez, o próprio presidente Rodrigues Alves chama Oswaldo Cruz ao Palácio do Catete, pedindo-lhe para, apesar de acreditar no acerto da estratégia do sanitarista, não continuar queimando os colchões e as roupas dos doentes (POLIGNANO, 2006, p. 05).

¹⁴ Período histórico brasileiro compreendido entre a Proclamação da República em 1889 até à Revolução de 1930.

¹⁵ Médico, sanitarista e pesquisador brasileiro que se destacou no país por suas campanhas sanitárias a várias doenças que assolavam o Brasil.

Nessa direção, as várias ações orientadas por Oswaldo Cruz ocasionaram insatisfação por parte da população, conforme descrito anteriormente: medidas autoritárias, como incendiar as roupas e colchões de pessoas doentes. Porém, uma ocorrência com maior repercussão ficou conhecida na história brasileira: a Revolta da Vacina¹⁶, principalmente pela arbitrariedade cometida pela ação dos “guardas sanitários”.

Vale ressaltar que apesar do uso do autoritarismo e da força com o qual o modelo campanhista ficou conhecido ao alcançar os objetivos de erradicar as doenças que estavam acometendo a saúde da população, a exemplo da febre amarela, foi considerado efetivo no controle das epidemias, destacando-se como um modelo hegemônico (POLIGNANO, 2006).

Ainda de acordo com o autor referenciado, o médico Carlos Chagas, na qualidade de sucessor de Oswaldo Cruz, iniciou em 1920 um processo de reestruturação do Departamento Nacional de Saúde com a inovação das práticas sanitárias ao incluir a propaganda e a educação sanitária. Ademais, criou órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas e expandiu as atividades de saneamento para outros estados.

Ressalte-se que nesse período a base da economia brasileira era de agroexportação, com destaque para a monocultura do café. Daí a exigência de uma política de saúde voltada para o saneamento “dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitário campanhista” (MENDES, 1992 apud POLIGNANO, 2006, p. 05).

O deslocamento do eixo de produção agroexportador ao urbano-industrial desde o final do século XIX no Brasil apresenta relação com a acumulação capitalista que

Advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo. Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses), como mão-de-obra nas indústrias, visto que os mesmos já possuíam grande experiência neste setor, que já era muito desenvolvido na Europa. Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores

¹⁶ Denomina-se Revolta da Vacina o movimento contrário da população, que não concordava com a criação da “medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional” (POLIGNANO, 2006, p. 05). Por isso, foi um motim popular na cidade do Rio de Janeiro contra a vacinação anti-varíola. Esse acontecimento compreende o período histórico da República Velha (1889-1930) e conforme já citado, o Rio de Janeiro vivenciava uma propagação de várias doenças com consequências para a economia, o que culminou em intervenções nesse sentido.

europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pelas conquistas dos seus direitos. Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2006, p. 06).

Diante desse cenário, criaram-se algumas estratégias para a classe trabalhadora como alternativas para minimizar a insatisfação desta com relação à ausência de direitos sociais. Nessa direção, em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão¹⁷ (CAPs) por intermédio da lei Eloy Chaves¹⁸, período reconhecido como o início da assistência à saúde da população, porém restrita apenas a alguns/mas trabalhadores/as.

O início da Era Vargas, a partir da década de 1930, foi marcada por uma conjuntura de intensificação do processo de industrialização e, conseqüentemente, de redefinição do papel do Estado em resposta às reivindicações da classe trabalhadora.

A economia e a política brasileira foram fortemente abaladas pelos acontecimentos mundiais das três primeiras décadas do século XX, e mais ainda depois da crise de 1929-1932, quando se abre uma época de expansão acelerada das relações capitalistas entre nós, com intensas repercussões para as classes sociais, o Estado e as respostas à questão social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 103-104).

Destaca-se que nesse período do governo varguista iniciaram-se intervenções mais efetivas do Estado na política de saúde, pois a conjuntura econômica e política de 1930 foi favorável ao surgimento das políticas sociais devido às alterações determinadas pelo processo de industrialização e urbanização, bem como as reivindicações de atores estratégicos nesse processo – “a classe trabalhadora”, o que culminou no redirecionamento do papel do Estado nas expressões da questão social por intermédio das políticas sociais (BRAVO, 2001).

¹⁷ As CAPs são definidas como “primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado [...] organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e assistência médica a seus filiados e dependentes” (COHN; ELIAS, 2005, p. 14).

¹⁸ Lei considerada como marco da previdência social brasileira, apesar de não haver consenso, a maioria dos autores apontam essa lei como surgimento da previdência e a partir dela foram criadas as CAPs para os ferroviários (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Dentre outros benefícios, essa lei já apresentava em seus artigos serviços de saúde ofertados aos empregados ferroviários: “Art. 9º Os empregados ferro-viarios, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuido para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito: 1º, a socorros medicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua familia, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia; 2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração” (BRASIL, 1923, s/p).

A criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominante. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicações dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis – como demonstra a expansão das políticas sociais no Brasil nos períodos de ditadura (1937-1945 e 1964-1984), que instituem como tutela e favor: nada mais simbólico que a figura de Vargas como “pai dos pobres”, nos anos de 1930 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 103-104).

Assim, a partir do ano de 1933 as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)¹⁹, organizados não mais por empresas, mas de forma ampla, estruturados por categorias profissionais dos trabalhadores marítimos, ferroviários, bancários, dentre outros. Era um modelo baseado apenas em uma proteção social para os/as profissionais inseridos/as no mercado de trabalho.

Na era varguista também foram inauguradas ações de assistência social do Estado em âmbito federal. Em 1942 foi criada a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA)²⁰, caracterizada ainda com uma perspectiva clientelista, mas demarcada como uma instituição relevante para a história da política de assistência social no Brasil.

Ainda nesse período a política de saúde organizou-se sob dois eixos: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, no qual o primeiro predominou até meados de 1960 e preocupou-se com a criação de condições sanitárias mínimas, já o segundo foi relacionado aos IAPs e superou a saúde pública a partir da década de 1960.

A saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e teve como características: ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923 (BRAVO; MATOS, 2006, p. 26).

Bravo (2001) destacou que entre os anos de 1945 e 1964 houve melhorias nas condições sanitárias do país, contudo, algumas doenças infecciosas e parasitárias ainda não tinham sido eliminadas, permanecia um número alto nas taxas de morbidade e mortalidade infantil e geral

¹⁹ A unificação das Caixas de Aposentadoria criou sucessivos Institutos organizados por intermédio de categorias profissionais, diferentemente das CAPs que eram organizadas por empresas. Destaca-se que essa mudança não foi apenas da sigla, mas apresentou outras alterações significativas (COHN; ELIAS, 2005).

²⁰ Instituição fundada para atender familiares dos soldados envolvidos na Segunda Guerra Mundial, a qual apresentava fortes descrições do clientelismo, coordenada por intermédio do primeiro damismo: Darci Vargas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

e já havia nesse período pressões para o Estado financiar o setor privado, com estímulo à privatização. Entretanto, até 1964, a assistência médica previdenciária era ofertada principalmente pelos serviços dos Institutos; as compras de serviços médicos eram reduzidas.

No ano de 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)²¹, que preconizava a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos, e a Previdência Social passava a assumir o papel de responsável pela assistência médica individual aos seus beneficiários.

Destaca-se que em 1964 se instaurou um novo momento no Brasil: o período da ditadura militar, com permanência durante 20 (vinte) anos, tendo culminado em consequências para a política social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). A partir de 1964, as políticas de saúde privilegiaram o setor privado por intermédio de compra de serviços e com assistência médica previdenciária centrada na doença:

O Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime (BRAVO; MATOS, 2006, p. 27).

Essa estratégia estatal priorizou ações com investimentos nos procedimentos de alta complexidade, como hospitais, clínicas e serviços particulares, com elevada concentração na saúde do capital industrial privado ao fortalecer a saúde curativa e especializada.

Salienta-se que essa oferta era destinada apenas aos/as trabalhadores/as e seus dependentes e para aqueles que possuíam recursos financeiros, porém, milhões de brasileiros ficavam à mercê de “ajudas”. Conforme assinala Faleiros (2000, p. 48), “o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um grupo seleto de assalariados e classe média, os serviços públicos para os pagantes da previdência e para os pobres, a caridade, feita em geral por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal”.

Dessa forma, pontua-se que nesse contexto a massa da população brasileira, formada pelos/as trabalhadores/as informais e desempregados e os que não tinham condições de pagar, não possuíam garantia legal de assistência à saúde, exceto a submissão em campanhas de erradicação de doenças, período esse demarcado pela ausência de uma política pública de saúde que atendessem a população de forma universal.

²¹ A Lei Orgânica da Previdência Social foi promulgada pelo então presidente Juscelino Kubitschek em 26 de agosto de 1960, por intermédio da lei nº 3.807. Reuniu a legislação dos IAPs e criou o mesmo regime de benefícios para todos/as os/as trabalhadores/as formais, regulamentado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Isto posto, pode-se afirmar de acordo com Santos (1979), que no país configurou-se duas concepções a respeito da cidadania: 1) a regulada²², na qual a oferta de direitos sociais destinava-se apenas à população inserida no mercado formal de trabalho e, 2) a invertida²³, que diz respeito àqueles indivíduos que não estão inseridos no mercado formal de trabalho, aos quais restavam apenas a submissão de ações de caráter filantrópico.

No Brasil, a partir de 1974, dá-se início ao processo de distensão do regime ditatorial, o que possibilitou algumas mudanças na sua relação com a sociedade civil. Desse modo, a política de saúde atravessou momentos de tensão entre os setores estatal e empresarial com o início das reivindicações do movimento sanitário pela mudança no modelo assistencial (BRAVO; MATOS, 2006).

Esse movimento foi demarcado no Brasil em meados dos anos 1970²⁴ e emergiu na luta contra a ditadura militar mediante a ação de um conjunto de sujeitos como a universidade, os movimentos sindicais, os movimentos populares, os/as profissionais de saúde, entre outros que questionaram o modelo vigente de saúde e exigiam mudanças na atenção à saúde da população.

Conforme afirma Bravo (2001), o movimento tinha como principais propostas: a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a defesa da universalização do acesso, a criação do SUS, a descentralização, o financiamento e a democratização do poder local. A aludida autora destaca nesse movimento um marco estratégico para consolidação do processo de criação do atual sistema de saúde brasileiro e para a Reforma Sanitária: a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o

²² Entende-se a cidadania regulada como um conceito que se orienta a partir do sistema de estratificação ocupacional em que a pessoa ocupa. Dessa forma, são denominados cidadãos todos aqueles membros da comunidade que estão inseridos em qualquer uma das ocupações reconhecidas em lei e o instrumento jurídico comprovante desse contrato é a carteira de trabalho profissional, caracterizada como uma certidão de nascimento cívico (SANTOS, 1979).

²³ Denomina-se de cidadania invertida a relação na qual “o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social” (FLEURY, 2009, p. 744).

²⁴ Observa-se nesse período a “ampliação das políticas sociais, reconhecimento de outras categorias profissionais e sua consequente inclusão no sistema de proteção social vigente, entre estas os/as trabalhadores/as rurais. Essa ampliação é uma das estratégias utilizadas pelo governo para se legitimar perante a sociedade e conter as tensões sociais, frutos do aprofundamento das desigualdades e da repressão. O grupo no poder desenvolve a modernização conservadora em articulação com o capital internacional, tendo como uma de suas estratégias o incentivo ao processo de privatização, notadamente na saúde e na previdência social” (OLIVEIRA; MAIA, 2017, p. 80-81).

Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, p. 01).

A partir desse contexto, com o processo de redemocratização²⁵ do país e constantes mobilizações de movimentos sociais, em 05 de outubro de 1988 houve a promulgação da oitava Constituição do Brasil, a qual até os dias atuais é reconhecida como “Constituição Cidadã” e destaca-se como um marco legal que proporcionou significativos avanços na política social brasileira na perspectiva dos direitos sociais.

Ressalta-se que na Assembleia Constituinte estavam em disputa dois projetos: o Privatista e o de Reforma Sanitária. O primeiro é composto pelos grupos que atuavam na prestação de serviços de saúde, donos de hospitais e produtores de equipamentos hospitalares, que defendiam a compra de serviços privados pelo setor público; já o segundo é composto pelos/as profissionais e movimentos sociais que defendiam a saúde pública como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.

É necessário frisar as diferenças marcantes entre esses dois projetos para a saúde. O Projeto de Reforma Sanitária, que propõe o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como características: uma nova concepção de saúde pautada na determinação social do processo saúde/doença; um financiamento efetivo; a intersetorialidade e, conseqüentemente, a necessidade de outras reformas sociais. Ou seja, a saúde, sob esse prisma, é vista como melhores condições de vida e de trabalho. Este projeto prevê a necessidade de amplas reformas sociais, bem como a importância da construção da seguridade social (BRAVO, 2017, p. 29).

Na Constituição de 1988, o projeto apresentado pelo Movimento de Reforma Sanitária conseguiu alguns avanços e possibilitou a inserção histórica da proteção social brasileira em seus artigos, garantindo a consolidação da legislação no que diz respeito às reivindicações da sociedade brasileira. Dessa forma, houve a inserção da Seguridade Social²⁶ na referida Constituição, que articulou a garantia das políticas de saúde, assistência social e previdência social, consolidando na Constituinte o tripé da Seguridade Social brasileira.

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988 no que se refere à proteção social e no

²⁵ Período em que foram recuperadas as liberdades democráticas no Brasil, retiradas durante o momento de ditadura militar.

²⁶ “Compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, s/p).

atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram (CFESS, 2010, p. 17).

A saúde no interior da Seguridade Social é considerada como uma das áreas que mais incorporou avanços significativos à Constituição Federal ao inserir nos artigos que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/p). A responsabilização do Estado no direito à saúde da população é abordada nos artigos 196 a 200 da Constituição, consagra a garantia legal do acesso a saúde ao conjunto da população e afirma ainda que a promoção, proteção e recuperação devem fazer parte das ações e serviços do SUS, bem como considera a relevância das ações da prevenção de doenças, com propostas de práticas de educação em saúde. A referida legislação propõe que sejam ofertadas as ações e serviços tanto na perspectiva da prevenção à saúde, quanto pela defesa do direito à saúde, com proteção sanitária para a população, acesso aos suportes que possam reestabelecer as condições de saúde dos/as usuários/as e valoriza a influência dos condicionantes e determinantes da saúde.

Conforme já exposto, constata-se que a “Constituição Cidadã” inaugurou um momento distinto no cenário histórico brasileiro, pois contribuiu com a consolidação de um sistema de saúde que abrange os brasileiros, independente de contribuição, condição social ou outro critério. Assim, afirma-se que “a partir de 1988, garantida na Lei maior do país, é o ganho mais significativo para os mais diferentes segmentos da classe trabalhadora, sobretudo os não vinculados à Previdência” (VASCONCELOS, 2007, p. 77).

A Carta Magna criou o SUS e no ano de 1990 foram sancionadas duas leis que regulam as ações e os serviços no território nacional: a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros.

Cabe assinalar que a Lei nº 8.080/90, artigo 3º, dispõe da seguinte leitura:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por

força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990a, s/p).

Nesse sentido, no processo de implantação e consolidação do SUS houve a tentativa de incorporar as reivindicações do movimento sanitário, especialmente no que concerne ao entendimento sobre o conceito ampliado de saúde ao considerar que os fatores sociais, políticos, econômicos e culturais interferem no processo saúde-doença, diferentemente do modelo biomédico, uma vez que os seus princípios e diretrizes asseguram a universalidade, a equidade e a integralidade. Contudo, Bravo (2001) ressalta que ainda persistem alguns desafios na política de saúde, visto que algumas demandas do movimento sanitário não foram incorporadas, especialmente quando conflitavam com os interesses do empresariado. No que diz respeito à legislação, identificam-se lacunas: definição dos percentuais de financiamento da política, questões sobre os medicamentos, saúde do/a trabalhador/a, dentre outras.

De fato, apesar dos significativos avanços, verifica-se que os interesses do setor privado não foram diretamente feridos: sua participação em caráter complementar do SUS – portanto, como fazendo parte da composição do sistema – é reafirmada, sendo previsto somente controle sobre suas ações, o que, dada a experiência passada, não o ameaça em demasia (COHN; ELIAS, 2005, p. 14).

A partir da década de 1990 o projeto neoliberal²⁷ se consolidou no Brasil, o que proporcionou rebatimentos diretos nas políticas públicas, com uma proposta de políticas de ajustes, contenção de gastos, focalização e seletividade, o que vem de encontro com o projeto de Reforma Sanitária, que preconiza o atendimento universal e de responsabilidade do Estado.

Diante desse cenário, a referida década apresenta a concretização das contrarreformas²⁸ de cunho neoliberal com propostas que defendem o processo de privatização com estímulo ao seguro privado de saúde para o cidadão consumidor e a manutenção do SUS para os que não podem pagar mediante a oferta de ações mínimas e focalizadas (CFESS, 2010).

Vale ressaltar que apesar dos avanços históricos que o projeto de Reforma Sanitária obteve, a política de saúde apresenta-se na atual conjuntura com diversos desafios:

²⁷ “Esse projeto [...] subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica, em especial às dotações orçamentárias. Observa-se uma inversão e uma subversão: ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição das verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recursos” (IAMAMOTO, 2008, p. 149).

²⁸ No presente texto entende-se como contrarreformas as propostas neoliberais do Estado brasileiro que resultaram em retrocessos sociais para as políticas públicas, a partir das reflexões apontadas por Behring (2003).

atendimentos precarizados, serviços sucateados, trabalhadores/as com vínculos fragilizados, privatizações dos serviços, cortes nos orçamentos, dentre outros que dificultam a concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios, especialmente no tocante ao seu financiamento (não só do custeio, mas, principalmente, o não-investimento na expansão da rede de serviços) – e acesso aos seus serviços cada vez mais desfinanciados e sucateados. A determinação desta contradição, resultante da divergência dos interesses presentes na área da saúde, tende a obscurecer e/ou negligenciar a importância do debate sobre a prática na saúde, processo este que, se mediado pelos princípios e diretrizes do SUS, resultaria na construção de uma correlação de forças favorável à manutenção e objetivação destes princípios e diretrizes, consubstanciando a desejada relação entre teoria e prática (VASCONCELOS, 2007, p. 79).

Desse modo, “a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde” (CFESS, 2010, p. 21). Sabe-se que o SUS constitucional e o real apresentam uma distância significativa, o que demonstra que o projeto privatista vem retomando espaços com propostas que fragilizam a universalidade do direito à saúde e fortalecem um viés mercadológico.

Vale assinalar que a institucionalização do SUS é objeto de contínuos e intensos debates, os quais reproduzem os interesses contraditórios em relação à sua consolidação nos dias atuais. E contrariando a afirmação e consolidação do SUS, o governo tem investido cada vez mais em propostas com “ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2001, p. 18).

A aludida autora afirma ainda que a questão do desfinanciamento é a mais séria, visto que está relacionada diretamente ao gasto social do governo, que define a forma como será a continuidade da política. O financiamento do SUS apresenta-se com alguns impasses e retrocessos originados da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, a qual congela os gastos sociais com saúde e educação por um período de 20 anos, o que poderá causar diversos impactos junto à sociedade ao agravar ainda mais a efetividade e o alcance dos serviços públicos.

Apesar dos avanços durante as três décadas de sua implantação, o SUS ainda apresenta uma significativa diferença entre o “SUS real” e o “Constitucional”, uma vez que vem se firmando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos sistemas privados, o que põe em relevo a proposta de um sistema universal que não se concretizou (BRAVO, 2001).

Nesse contexto adverso de contrarreformas, a estratégia do capital é de fortalecimento do projeto privatista e do cidadão consumidor, o que cada vez mais distancia a consolidação do projeto de Reforma Sanitária voltado para uma saúde pública universal e de responsabilidade do Estado.

Desse modo, o próximo subtópico irá abordar a Política Nacional de Atenção Básica e os desafios para a sua consolidação na conjuntura atual, pois é uma das áreas da saúde que também está sob a ofensiva do projeto privatista e demanda uma necessidade de reavaliar como esses impactos têm sido produzidos nos diferentes níveis de complexidade da saúde pública brasileira.

1.2 A Política Nacional de Atenção Básica: desafios e perspectivas

No contexto mundial, a publicação da Declaração de Alma-Ata²⁹, em 1978, consagrou-se como o marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Aquela defendia a APS como núcleo central de um sistema de saúde e produziu recomendações importantes para a melhoria da saúde, porém há diferentes formas de implementar a APS, a depender da particularidade de cada país (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

No Brasil, as primeiras experiências de Atenção Primária à Saúde ocorreram no século XX, resultante da criação do SUS, a qual objetivou implementar as orientações dos princípios e diretrizes formulados pelo movimento da Reforma Sanitária em um contexto demarcado pelos retrocessos das políticas de cunho universal (MELO et al, 2018).

Conforme os autores Arantes, Shimizu e Merchan-Hamann (2016), desde a década de 1920 até os dias atuais registram-se várias tentativas de organização da Atenção Primária à Saúde no país. Desse modo, a construção da APS no Brasil perpassa por dois momentos históricos: entre 1920 a 1978 foi a fase considerada como a implantação das ideias iniciais da APS e finaliza com a Conferência de Alma-Ata (1978), e a segunda etapa entre 1979 e 1994, a qual inicia com as primeiras ações pós Alma-Ata até o marco mais importante da atenção primária, que foi a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.

²⁹ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata em 1978, demarcou o debate sobre a urgência e a necessidade dos governantes de focar a atenção e o cuidado à saúde da população no âmbito primário. Para tanto, a Organização Mundial de Saúde adotou um conjunto de princípios para consolidação da atenção primária dos serviços de saúde. A referida Conferência culminou com a declaração de Alma-Ata, documento que sintetizou esse encontro e reafirmou a partir de dez pontos a necessidade de implantação da atenção primária à saúde no cuidado das pessoas, contrapondo o modelo focado na enfermidade (CANUTO, 2017).

A concretização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é consequência de experiência adquirida por um conjunto de atores envolvidos: usuários/as, trabalhadores/as, gestores/as e movimento sociais (BRASIL, 2012b). A primeira edição da PNAB foi em 2006, posteriormente editada em 2011 e, mais recentemente, a de 2017, com novas alterações.

A portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006, apresentou uma reorientação da Atenção Básica no país, com foco na Saúde da Família como estratégia de mudança na assistência à população. Dessa forma, disserta a seguinte leitura: “a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p. 03). Na revisão da PNAB no ano de 2011 permaneceu a centralidade da ESF com o objetivo de consolidar o viés da atenção primária, reafirmando-a como porta de entrada principal do/a usuário/a no SUS e reconhecendo-a como ordenadora do cuidado e da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Já o teor mais recente da Política Nacional de Atenção Básica apontou para a atualização de conceitos e para a inserção de alguns elementos relacionados à função que se almeja como ordenadora das Redes de Atenção ao reiterar que a PNAB “avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção” (BRASIL, 2017, s/p). Contudo, observam-se avanços e retrocessos na PNAB desde a sua implantação até às recentes mudanças, as quais têm gerado impactos na efetivação dessa política no SUS.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza a institucionalização de uma RAS, que tem o objetivo de integrar e articular o sistema de saúde brasileiro nas várias esferas do governo mediante um conjunto de ações e serviços definidos que visam a garantia da integralidade na oferta do cuidado em saúde dos/as usuários/as. Dessa forma, o MS reconhece que o centro de comunicação com toda a RAS deve ser a atenção primária à saúde, essa deve ser a porta de entrada dos/as usuários/as e pode ser definida e caracterizada como

Um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017, s/p).

As ações na atenção primária têm alguns direcionamentos para a efetivação dos seus objetivos: deverá ser desenvolvida em um território delimitado, os/as profissionais de saúde

necessitam estabelecer ações de continuidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, bem como considerar os elementos sociais que fazem parte da saúde das pessoas. Assim, para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, a atenção primária orienta-se pelo cumprimento de algumas funções, dentre essas: ser base, resolutive e coordenar esse cuidado em saúde (BRASIL, 2012b).

Registra-se também na PNAB que, além dos diversos formatos de ESF, há a existência de outras modalidades de equipes voltadas para as diferentes populações a partir da realidade brasileira. Dessa forma, apresenta alguns modelos de equipes como, por exemplo: a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes do Consultório na Rua, Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense; Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Saúde na Escola. A estratégia ACS é composta por um enfermeiro para o máximo doze ACS e no mínimo quatro ACSs, é uma modalidade para reorganização da atenção básica e objetiva a implantação gradativa da ESF (BRASIL, 2017).

As Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas são compostas por: a) Equipes do Consultório na Rua, b) Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense e c) Equipes de Atenção Básica Prisional. As primeiras são definidas como equipes de saúde responsáveis por prestar assistência de forma integral à saúde da população em situação de rua em um determinado território. Já as segundas são destinadas ao atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira, poderão ter dois tipos de organização a depender das características regionais: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha ou Equipes de Saúde da Família Fluviais. As últimas são destinadas a prestar atendimento de saúde à população que estão em cumprimento de pena privativas de liberdade no sistema prisional (BRASIL, 2017).

Os NASF-AB objetivam a ampliação, a abrangência e a resolutividade das ações da atenção básica, são compostos por equipes multiprofissionais, que dão suporte aos/as profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2017). O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a qual objetiva o atendimento integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) aos cidadãos do ensino básico no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realiza ações conjuntas entre as equipes de saúde da atenção básica e educação (BRASIL, 2017).

Assim, além das especificações dos diversos serviços no âmbito da atenção básica, a PNAB aponta também as atribuições específicas de cada profissional da equipe de Saúde da Família, respaldadas nas legislações que regulamentam cada profissão, mas além dessas

apresenta também as atribuições comuns aos/as profissionais da equipe e dentre essas apresentam as seguintes:

Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades [...] Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros) [...] Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; [...] Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; [...] Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; [...] Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar **ações intersetoriais** (BRASIL, 2012b, p. 43-46) (grifos nossos).

O Ministério da Saúde implantou algumas estratégias que assinalam como objetivo o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no país. Diante desse contexto houve a implantação do PSF em 1994 e posteriormente o mesmo foi reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo desenvolver ações de saúde a partir de uma equipe que trabalha com definição de território de abrangência, cadastramento e acompanhamento da população da área (BRASIL, 2012b). Dessa forma, o PSF passou a ser definido como uma estratégia de reorganização da atenção básica no SUS, uma vez que não há previsão de tempo para a sua finalização.

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo a reorganização da PNAB no país, conforme preconiza o SUS, e apresenta-se como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção à saúde no Brasil. Visa um direcionamento às populações de territórios delimitados, apresentando-se como responsabilidade sanitária, que deve considerar a dinâmica que existe nos locais de referência (BRASIL, 2017).

Atualmente a ESF é regulamentada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 e estruturada por intermédio das Unidades de Saúde da Família (USF).

A ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016, p. 02).

Com relação à estrutura e composição da ESF, a PNAB aponta alguns itens necessários para implantação: equipe multiprofissional composta, no mínimo, por: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e pode ser acrescentado cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal; número de ACS para cobrir 100% da população cadastrada, no máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por equipe de Saúde da Família; cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas; cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma Equipe de Saúde da Família (ESF); carga horária de 40 horas semanais para todos os/as profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Com relação à ESF, ressalta-se que alguns autores como Bravo (2001) apresentam críticas sobre o que preconiza a PNAB em torno da perspectiva da universalização e focalização do acesso à ESF, com análises que consideram que a ESF tem como objetivo de suas ações um caráter focalista.

Como exemplos de focalização, podem ser destacados a centralidade do Programa Saúde da Família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re)organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência (BRAVO, 2001, p. 18).

As críticas a respeito da implantação da ESF envolvem a questão da seletividade para as populações que apresentam maior índice de pobreza, o que pode se caracterizar como uma focalização na política de saúde. Dessa forma, vai de encontro ao princípio da universalidade do SUS, conforme os dois mecanismos na saúde apontados por Mota (2007, p. 132): “o do acesso a serviços privados como parte dos benefícios ocupacionais oferecidos pelos empregadores e o da expansão de planos de saúde populares, com oferta precária e restrita a serviços ambulatoriais de baixo custo operacional”.

Diante desse contexto, vale ressaltar que Pereira e Stein (2010) afirmam a importância do direcionamento da universalidade nas políticas sociais, o qual coaduna com a democratização do acesso a bens e serviços, visto que esse princípio é afirmado como o que mais contempla a exigência da relação entre as políticas sociais e os direitos sociais. Nesse sentido:

Significa não estabelecer critérios desiguais de elegibilidade [...] de quem precisa de proteção social pública. Significa, também, não encarar a política pública [...] como um fardo governamental ou um desperdício a ser cortado a todo custo. Além disso, outra justificação histórica importante para a adoção do princípio da universalidade decorreu da descoberta feita por várias forças sociais em pugna pela democracia, da ideia de prevenção nele contida (PEREIRA; STEIN, 2010, p. 01-02).

Dessa forma, fica explícita a importância do caráter universal das políticas sociais em detrimento do caráter seletivo, não discriminando os mais ou menos necessitados, mas uma política de saúde voltada ao conjunto dos cidadãos com o acesso a bens e serviços públicos.

Nos últimos anos, assiste-se a uma reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, com o fortalecimento de uma pauta antidemocrática e com ofensivas aos direitos conquistados historicamente, voltada para o aprofundamento da mercantilização das políticas sociais, com aprovações de medidas que interferem diretamente nos direitos sociais com a justificativa de enfrentar os desajustes fiscais.

Nesses pacotes de mudanças, que fortalece cada vez mais o mercado, destaca-se na saúde a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela por vinte anos os gastos públicos com a saúde e educação, o que produz diversas consequências na efetivação dessas políticas, principalmente por conta do financiamento. Outro fator que tem gerado críticas por parte de alguns autores como Morosini, Fonseca e Lima (2018) e profissionais de saúde são as mudanças da PNAB 2017. Essa apresenta algumas alterações em relação à PNAB 2011, que são apontadas como modificações que fazem parte das propostas do projeto neoliberal e ameaça diretamente os direcionamentos do SUS.

Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 15).

Dentre as mudanças realizadas em 2017, algumas são apontadas como as que mais apresentam riscos para a fragilidade da PNAB: o discurso da flexibilidade, manifestando a necessidade de adequar às demandas locais com a possibilidade de redução dos ACS, deixando a cargo da gestão municipal as modalidades e composição da equipe, o que na prática poderá implicar em diversas consequências, principalmente no investimento dessa política.

Outra situação é a inserção facultativa de atividades aos ACS, o que antes estava na competência dos técnicos de enfermagem, dentre outras mudanças que podem repercutir diretamente na efetividade da política (MELO et al, 2018).

Esses descompassos da PNAB se tornaram ainda mais preocupantes quando há uma análise do atual cenário com os retrocessos para as políticas sociais. Autores como Melo et al (2018) pontuaram algumas preocupações com relação à nova PNAB ao sinalizarem o desmonte da ESF devido às diferentes alterações realizadas recentemente.

Se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Se tentarmos configurar uma ‘trama’, relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (MELO et al, 2018, p. 49).

Vale destacar que diversas instituições e movimentos sociais têm se posicionado contra as atuais mudanças da PNAB, inclusive ao propor debates ampliados, por considerar os impactos na vida dos trabalhadores/as, gestores/as e usuários/as do SUS.

No que se refere ao cenário, vários atores (além dos gestores municipais, estaduais e federal) se posicionaram contrariamente à revisão da PNAB, incluindo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu recomendação contrária à revisão neste tempo e indicando necessidade de maior discussão. Tendo protagonismo central do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Ministério da Saúde (MS), e apoio do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass), deu-se uma mudança normativa a despeito de contestações por diversas entidades e movimentos da sociedade civil, colocando em xeque a legitimidade do processo (MELO et al, 2018, p. 46-47).

O SUS conta com as instâncias colegiadas, que propõe a participação dos/as usuários/as nesses espaços por meio das Conferências e Conselhos nas três esferas do governo. As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos, contam com a possibilidade de participação de vários segmentos da população, objetivam a avaliação da situação de saúde a nível municipal, estadual e federal e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Diante de tantos retrocessos na atual conjuntura, o ano de 2019 contou com a 16ª Conferência Nacional da Saúde, importante espaço de discussão de vários segmentos da

população que reafirmou a defesa da democracia e dos instrumentos de participação social, com críticas às atuais medidas do governo, que afetam a qualidade de vida das pessoas e a garantia constitucional do direito à saúde (ROCHA, 2019).

Registra-se esse momento como estratégico para reafirmar a defesa do projeto de Reforma Sanitária em um período demarcado por vários ataques às políticas sociais, com diversas ameaças que oportunizam o espaço das propostas do projeto privatista.

A 16ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) aprovou uma agenda de lutas em defesa do SUS e da saúde, a serem travadas nos conselhos de saúde, nas casas legislativas, junto aos governos municipais, estaduais e federal e, principalmente, nas ruas, onde a causa do direito de todos à saúde converge com a defesa da educação pública, da diversidade cultural e religiosa, da ciência e tecnologia nacionais, da sustentabilidade ambiental e dos direitos dos povos da floresta e das populações do campo e das periferias das cidades, igualmente atacados por um modelo econômico ultraliberal e políticas e práticas sociais ultraconservadoras (ROCHA, 2019, p. 03).

Dessa forma, o supracitado autor reafirma que a 16ª inspirou-se na 8ª Conferência da Saúde, considerada um marco histórico até os dias atuais para o direito à saúde ao ter apresentado como tema: “Democracia e Saúde”. As propostas do governo têm incidido de forma prejudicial nas condições de vida e saúde das pessoas nos últimos anos, o que oportunizou como principais debates na 16ª Conferência: a descaracterização da atenção básica, a precarização e privatização da saúde, o desfinanciamento do SUS com a EC 95/2016 e a proposta de EC, que desvincula receitas e despesas do orçamento³⁰.

Nesse contexto, os/as assistentes sociais estão inseridos/as nos diferentes espaços socioinstitucionais, os quais apresentam demandas constantes por parte dos/das usuários/as no sentido de acessar as diferentes redes do sistema de proteção social. Dito isso, o próximo capítulo irá aproximar-se de uma discussão sobre a atuação do Serviço Social na política de saúde e a estratégia da intersetorialidade.

³⁰ “Essa proposta é conhecida como Projeto de Emenda Constitucional do pacto federativo e [...] retira a obrigação de municípios, estados e União a investir um percentual mínimo na Saúde” (DOMINGUEZ, 2019, p. 25).

2 A INTERSETORIALIDADE E A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Neste capítulo abordaremos inicialmente o debate sobre a intersectorialidade, as suas diversas concepções e o seu uso no meio académico. Em seguida, discutiremos sobre a inserção do/a assistente social na política de saúde no Brasil e os atuais desafios para a efetivação da estratégia da intersectorialidade.

2.1 A estratégia da intersectorialidade na política de saúde

A política de saúde apresenta diversos desafios para a concretização dos princípios propostos pelo SUS. Esses dilemas se acirram ainda mais no contexto de minimização do papel do Estado nas políticas sociais e de contrarreformas e desmontes dos direitos sociais. A garantia de um atendimento integral é um direccionamento respaldado na legislação, porém com várias dificuldades de concretização, por isso a estratégia da intersectorialidade surge como uma proposta para reafirmar essa necessidade de articulações entre as políticas e a efetivação do atendimento do/as usuário/as em suas variadas demandas, que interferem no processo saúde-doença.

O movimento de Reforma Sanitária brasileiro, como visto anteriormente, apresentou uma preocupação na centralidade da responsabilização do Estado em relação à sociedade com base na concepção de estado democrático de direito. Tem-se como premissa básica a de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (COSTA, 2010).

Desse modo, com as novas diretrizes e princípios da política de saúde no país, a partir da institucionalização do SUS, o novo modelo de atenção voltado a essa política compreende a inserção dos determinantes e condicionantes da saúde da população. Consequentemente a esse processo, exige-se a necessidade de ações para além do setor saúde, com requisições de ações intersectoriais para o atendimento das demandas na área.

Os determinantes sociais da saúde relacionam-se à inserção na produção e a outros aspectos relacionados às condições de vida, tais como condições de moradia, acesso a saneamento básico, educação, hábitos e costumes que conformam o estilo de vida. Mas também ao lazer, à democracia, à liberdade e à autonomia dos sujeitos (COSTA, 2010, p. 147).

Essa concepção que considera os fatores determinantes e condicionantes da saúde busca compreender os indivíduos de uma maneira integral ao visualizar um modelo de saúde que não se resume a um amontoado de partes, mas numa perspectiva ampla, de forma que as necessidades dos/as usuários/as, que interferem no processo saúde-doença, sejam consideradas.

Desse modo, a concepção ampliada da saúde compreende o indivíduo em seu aspecto biopsicossocial, portanto, com demandas para além do setor saúde. Por isso, a importância de articulação com outros setores para uma intervenção que atenda aos indivíduos em suas reais necessidades.

Dito isso, a proposta da intersetorialidade³¹ apresenta no âmbito do SUS possibilidades de ações para além do setor saúde, com exposição superficial nos aparatos normativos, mas que ratifica a importância dessa estratégia como possibilidade de atendimento de forma integral às necessidades dos/as usuários/as.

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo e a interrelação dos problemas (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU; 1997, p. 21).

Ao atuar de forma conjunta com os demais setores, define-se essa estratégia como ação intersetorial, a qual demanda uma integração contínua entre as políticas públicas no sentido de garantir uma assistência integral, com direcionamento para o atendimento das diversas necessidades que se apresentam na vida dos/as usuários/as.

A Lei nº 8.080/90, nos artigos 12 e 13, dispõe que serão criadas comissões intersetoriais com o objetivo de articular políticas e programas de interesse para a saúde. Com essa finalidade apresenta algumas das possibilidades para a execução, com participação de áreas que não são compreendidas no âmbito do SUS: alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, saúde do/a trabalhador/a, dentre outras. Portanto,

³¹ Ferreira e Silva (2005) destacam que a proposta da intersetorialidade no âmbito da saúde já se apresentava nos principais planos e programas internacionais desde a década de 1960, com várias recomendações em documentos e eventos oficiais, com destaque para os seguintes: III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas em 1972, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata no ano de 1978, a Conferência Internacional sobre Ações Intersetoriais para a Saúde em 1997.

O conceito de intersetorialidade se volta para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo. Em ambas as concepções estão presentes, para sua consecução, o imperativo da integração entre as políticas (MONNERAT; SOUZA, 2009, p. 03).

Nessa direção, a intersetorialidade³² enquanto um princípio da PNAB sinaliza como atribuições do conjunto dos/as trabalhadores/as que compõem as ESF “o desenvolvimento de ações intersetoriais por meio de parcerias e de recursos na comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins orientados para a promoção de saúde” (DIAS et al, 2014, p. 4377).

Sabe-se que essa ação intersetorial se apresenta com vários significados e provoca uma discussão da necessidade de conhecimento da efetividade dessas articulações nas práticas cotidianas dos/as trabalhadores/as do SUS. Apesar do entendimento de que essa ação tem diferentes sentidos e perspectivas, este estudo terá como referência a seguinte definição:

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 01-02).

Conforme aponta Costa (2010), agir na perspectiva intersetorial demanda o desenvolvimento de uma capacidade de articular ações e serviços no sistema de proteção social e de seguridade social de acordo com o modelo proposto pela Reforma Sanitária, com uma perspectiva ampliada da saúde. A autora ressalta ainda que se a integralidade e a intersetorialidade forem realizadas na perspectiva de uma concepção ampliada, a política de saúde teria maior capacidade para considerar as múltiplas determinações do processo saúde-doença. No entanto, sinaliza que as diversas dificuldades que o SUS enfrenta para a concretização de um atendimento integral, principalmente no contexto de ajuste fiscal, impactam na focalização dos mecanismos de registro e quantificação da produtividade, com

³² De acordo com Pansini (2011), a proposta da intersetorialidade no Brasil figura desde a década de 1970 com o II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico (PND) e na saúde³² desde a “7ª Conferência Nacional de Saúde. Inscrita como objetivo da política nacional a intersetorialidade foi incluída no Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) e no Programa Nacional de Alimentação (PRONAM)” (PANSINI, 2011, p. 30).

prevalência nos atendimentos curativos e individuais e avaliação dos/as profissionais em função da quantificação dos procedimentos (COSTA, 2000). A esse respeito, posteriormente abordaremos os desafios para a materialização da intersetorialidade em tempos de contrarreforma.

Nessa direção, Monnerat e Souza (2011) afirmam que a integralidade é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu nos últimos anos. Porém, sabe-se da relevância dessa diretriz nas concretizações das políticas sociais, o que demanda maiores discussões em torno dessa temática nos diferentes níveis de atenção à saúde da população (básica, média e alta complexidade).

Embora a integralidade venha ganhando relevância na agenda setorial nos últimos anos a partir do reconhecimento das lacunas advindas de sua não priorização ao longo da implementação do SUS, sua operacionalização até o momento tem se mostrado insuficiente para contribuir de maneira efetiva para fomento de mudanças no quadro atual de organização fragmentada das políticas sociais brasileiras (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 44).

Deste modo, sabe-se que a saúde isolada não consegue atender integralmente as necessidades que se apresentam nos múltiplos fatores que interferem no processo de adoecimento e nos melhores níveis de saúde da população, conforme preconiza o SUS. Por isso, merece destaque a importância de ações articuladas com as diferentes políticas setoriais.

Verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação. Atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 13).

Assim sendo, ao efetivar essa prática, concretizamos uma atuação ampliada com possibilidades de abordagens do processo saúde-doença e realização de ações de promoção da saúde com intervenção nos determinantes sociais que influenciam na saúde das pessoas. Dessa

forma, os/as profissionais avaliam as dimensões do processo de saúde das populações, o indivíduo e a coletividade na qual se insere e não apenas as doenças de forma isolada.

O grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde não tem apresentado redução, seja pelo déficit de oferta, seja pela falta de **articulação intersetorial**, por insuficiência de uma efetiva política de educação, informação e comunicação em saúde, bem como ações no campo da macroeconomia capazes de reduzir as desigualdades sociais. Em consequência, por um lado, têm se mantido os principais determinantes da produção de doenças, por outro, muitas vezes, o temor de enfrentar intermináveis filas de espera inibe o usuário de procurar o serviço antes da deflagração aguda das doenças, de forma que se vêm impelidos a só procurarem os serviços quando já estão doentes, resultando cada vez mais no aumento da demanda por ações curativas individuais (COSTA, 2000, p. 11) (grifos nossos).

A atuação na perspectiva intersetorial propicia um crescente interesse intelectual e político, principalmente no âmbito das políticas sociais públicas, pois essa relação entre os diferentes setores produz também melhorias na gestão e ainda na garantia dos direitos da população com a ampliação da cidadania e da democracia (MONNERAT et al, 2014). Assim,

A ação intersetorial é um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade. O homem é considerado na sua integralidade, superando a autonomização e a fragmentação que têm caracterizado a gestão das políticas sociais para uma dimensão intersetorial (JUNQUEIRA, 2001, p. 03).

Porém, destaca-se que conforme Costa (2000), o conjunto das mudanças propostas pela Reforma Sanitária ainda não avançou com relação à superação do modelo médico hegemônico e para que isso se concretize afirma-se a importância das ações que objetivem o atendimento às reais necessidades da população, com atuação intersetorial com as demais políticas sociais, pois dessa forma proporciona a identificação do conjunto das condições de vida dos sujeitos e a sua relação com a doença.

Nesse sentido, aponta-se que a intersetorialidade é um mecanismo de gestão e, como tal, apresenta diversas limitações, as quais apontam-se como as principais:

A utilização de meios tradicionais de comunicação, de alcance bastante limitado; a utilização de linguagem técnica de cada setor; a falta de gestão e ausência de cultura intersetorial; e os problemas referentes ao financiamento,

considerando que as rubricas dos orçamentos públicos são setorializadas [...] outro problema é a definição dos tempos e da urgência (MACHADO, 2009, p. 04).

Vale salientar que a execução das políticas sociais ocorra em um nível alto de eficiência, organizada em uma perspectiva intersetorial e baseada no atendimento integral das pessoas, ainda assim não é capaz de superar as desigualdades sociais brasileiras, as quais têm suas raízes na produção de riqueza. Porém, é possível reduzi-las e produzir resultados positivos para melhoria da qualidade de vida das pessoas e fortalecimento da consolidação do SUS (COSTA, 2010).

Nesse sentido, faz-se necessário pontuar nesse debate que nos últimos anos vivencia-se um momento de transformações decorrente do atual estágio do capitalismo que consequentemente culminou em mudanças no mundo do trabalho e que afetam diretamente várias esferas da vida social.

Esse processo se agrava com as políticas de ajuste fiscal do Estado, com a desresponsabilização nas políticas sociais de cunho universal e com vários retrocessos nos direitos sociais, conquistados historicamente pela classe trabalhadora (RAICHELIS, 2009). Ressaltamos que a ofensiva neoliberal, que ganha espaço no Brasil desde a década de 1990, compromete o processo de consolidação do SUS e reafirma a disputa dos projetos de saúde, os quais atualizam-se com uma contraditória convivência entre serviços públicos e privados em um cenário em que o direito se transforma em mercadoria, os sujeitos em consumidores e suas formas de adoecer em negócios (VASCONCELOS, 2014).

Diante disso, é importante sinalizar para a necessidade de debates sobre a formação e o trabalho em saúde, pois o incremento do desenvolvimento desse projeto privatista no país o coloca como desafio à defesa da saúde pública e de qualidade.

Desse modo, frisa-se que é no contexto das mudanças em curso na sociedade brasileira, a qual ataca fortemente os direitos sociais por meio do esfacelamento das políticas sociais, que se entende como necessário um debate sobre a qualificação e o trabalho em saúde, uma vez que se observa, nessa área, o avanço e o fortalecimento das forças que defendem o projeto privatista da saúde como direito universal e dever do Estado (BORGES, 2017, p. 79).

As políticas públicas de educação, assistência social, saúde, previdência, dentre outras, ainda se apresentam de forma setorializada e essa fragmentação da atenção às necessidades sociais da população resultam em rebatimentos para os/as usuários/as uma vez que não são atendidos

integralmente. Dessa forma, coloca-se em pauta nos dias atuais a necessidade que se apresenta aos/as profissionais que atuam nas políticas públicas de refletir e propor estratégias de trabalho em rede (MACHADO, 2009).

Assim, conforme já afirmado anteriormente, a intersetorialidade tem sido considerada atualmente como uma importante estratégia para a efetivação de articulações entre as políticas sociais. Apresenta-se como uma ferramenta primordial para o atendimento das necessidades dos/as usuários/as de forma integral, pois busca superar a setorização das demandas sociais.

Dito isso, sabe-se que o trabalho em saúde acontece a partir das demandas e necessidades dos sujeitos, que se apresentam de formas diferentes nas suas diversas relações sociais. Assim, conforme aponta Merhy (2002), o mundo do trabalho em saúde, produção e consumo ocorrem no encontro entre o/a trabalhador/a e o/a usuário/a. Desse modo, denomina-se o trabalho vivo em ato e essa dimensão tecnológica é chamada de tecnologia leve, leve-duras e duras³³. Nesse sentido, o trabalho em saúde apresenta-se com algumas especificidades que são reconhecidas no encontro dos/as profissionais com o/a usuário/a por intermédio de interações entre os sujeitos:

Um encontro entre pessoas que atuam uma sobre a outra, e no qual, opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis complicitades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitações (MERHY, 1999, p. 308).

Conforme destaca Costa (2000), nessas relações do trabalho em saúde o processo de trabalho em serviço é diferenciado do processo de trabalho industrial, pois naquele as interrelações pessoais se tornam mais intensas, uma vez que ocorrem interferências dos/as usuários/as dos serviços e dos/as demais profissionais em uma relação compartilhada de conhecimentos.

Diante disso, ao discutir sobre o trabalho em saúde, destaca-se que essa atuação não se apresenta alheia às determinações sociais nas quais os/as profissionais de Serviço Social nos

³³ As tecnologias leves são consideradas as que dizem respeito às relações humanas, concretizadas por intermédio de vínculos, acolhimento, gestão, responsabilizações, dentre outros; as tecnologias leve-duras são os saberes que são utilizados no processo de trabalho em saúde, a exemplo: as teorias; e as tecnologias duras são as que fazem uso de equipamentos tecnológicos com o uso de recursos materiais: estrutura física (MERHY, 2002).

seus diversos espaços sócio-ocupacionais também estão submetidos à ordem social estabelecida nas relações sociais capitalistas.

Assim, a área da saúde é parte constitutiva do trabalho em serviço e as mudanças que vêm ocorrendo ocasionam impactos na vida dos/as usuários/as dessa política e no trabalho dos/as profissionais que atuam no setor de saúde. Dessa forma, os/as usuários/as e trabalhadores/as da saúde não ficam alheios a essas alterações e é nesse contexto que as expressões da questão social se apresentam com novas configurações e manifestações que repercutem na vida dos/as usuários/as das políticas públicas sociais e no mercado de trabalho dos/as profissionais.

O agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena as tensões autonomia *versus* controle em meio às quais se constroem as ações humanas nos ambientes produtivos em saúde. O ponto de inflexão de suas análises se faz no entendimento que é na efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, expresso por relações intercessoras que têm como operação chave o encontro usuário/trabalhador de saúde, que se faz o território de disputa da reestruturação produtiva em saúde. Nesse território impreciso é que se expressam os modelos tecnoassistenciais em disputa da saúde como bem de mercado regido pela acumulação do capital e os projetos de saúde como bem público e patrimônio coletivo e individual de uma sociedade (MERHY, 2002, p. 02).

A partir dessa relação se revelam as necessidades da atual conjuntura no cotidiano dos/as trabalhadores/as das políticas públicas e se observam diversas demandas nas quais a política de saúde por si só não consegue atender as necessidades dos sujeitos. Diante disso, a ação articulada da saúde com outros setores das políticas públicas se apresenta como uma proposta para a produção de melhores resultados em saúde na perspectiva do atendimento às reais necessidades dos sujeitos na sua integralidade, conforme preconiza o SUS, considerando-se as limitações impostas pelo Estado Mínimo.

Dessa forma, o próximo tópico abordará a atuação do/a assistente social na política de saúde e os desafios para a efetivação da estratégia da intersetorialidade no contexto das configurações do Estado contemporâneo. Nessa perspectiva, propõe um debate sobre a inserção do/a profissional de Serviço Social na política de saúde e as atuais demandas no fazer profissional na busca de uma atuação que atenda os indivíduos de forma integral, nos limites da sociabilidade burguesa.

2.2 Serviço Social e intersectorialidade e os desafios atuais na política de saúde

O profissional de Serviço Social ao longo da história da política de saúde no Brasil desenvolveu um rol de contribuições para esse setor, planejou, geriu e executou ações dessa política tanto a nível federal, quanto estadual e municipal, nos variados modelos de saúde do país e percorreu diversos espaços ocupacionais nessa política com atuações nos diferentes níveis de complexidade (básica, média e alta). No atual cenário, essas contribuições continuam presentes e reafirmam a cada dia a relevância dessa profissão para os/as usuários/as do SUS, especialmente no contexto contemporâneo.

O Conselho Nacional de Saúde dispõe a partir da Resolução nº 218/97 a inserção de 13 profissionais de saúde de nível superior e uma das categorias é o/a assistente social. Destaca-se que essa profissão é um tipo de especialização do trabalho coletivo, dentro da divisão social e técnica do trabalho, que participa do processo de produção e reprodução das relações sociais, que tem como instrumento básico de seu trabalho a linguagem e as atividades desenvolvidas encontram-se associadas à sua formação teórico-metodológica, técnico-profissional e ético-política (IAMAMOTO, 2000).

Na relação do trabalho em saúde e ação intersectorial, o/a assistente social tem se destacado em suas ações voltadas à promoção da saúde com uma inserção diferenciada que supera a compreensão do/a usuário/a apenas sob o aspecto biológico, principalmente com relação ao eixo da intersectorialidade, e esse compromisso da categoria é ratificado nas ações que desenvolvem no sistema nacional de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

O surgimento do Serviço Social como profissão ocorreu no contexto brasileiro da década de 1930, inicialmente com influência europeia, e destaca-se que “a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 28).

Com relação à trajetória do Serviço Social brasileiro, Mioto e Nogueira (2013) destacam que “as funções desempenhadas pelos assistentes sociais, até meados da década de 1960, evidenciavam a preocupação com a integração dos indivíduos e a normalização das suas condutas” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 03). Portanto, nesse período os/as assistentes sociais protagonizaram intervenções sanitárias com ações educativas e de cunho normativo ao interferir nos hábitos de higiene e saúde da população (BRAVO; MATOS, 2009).

Os/as assistentes sociais começaram a ser requisitados na saúde no contexto do Brasil a partir de 1945, no cenário de mudanças do capitalismo e no período histórico em que o conceito

de saúde se amplia³⁴, com necessidades de inserção de outros profissionais para atuar nessa área (BRAVO; MATOS, 2009).

Conforme os citados autores, a partir da década de 1950 surgiram as propostas de medicina integral, preventiva e comunitária, porém os/as assistentes sociais que atuavam na saúde no Brasil concentraram suas ações nos trabalhos em hospitais e ambulatórios, mesmo já existindo os centros de saúde, que foi um espaço ocupado pelos/as assistentes sociais posteriormente.

Na década de 1960, a partir de questionamentos sobre o Serviço Social tradicional, exigiu-se um posicionamento crítico do fazer profissional. Registra-se ainda que em 1964 a instauração da ditadura militar no país suprimiu esse processo de crítica, com rebatimentos a profissão, principalmente na discussão em torno do debate do conservadorismo profissional (BRAVO; MATOS, 2009).

Esse processo de questionamento ao conservadorismo profissional é denominado no Brasil como renovação³⁵ do Serviço Social, que se apresentou sob três perspectivas: *modernizadora*, *reatualização do conservadorismo* e *intenção de ruptura*. A década de 1960 foi demarcada pela perspectiva *modernizadora*, a qual se apresentou sem questionamentos à ordem sociopolítica e à sua centralidade na “tematização do Serviço Social como interveniente, dinamizador e integrador no processo de desenvolvimento” (NETTO, 2015, p. 201).

Bravo e Matos (2009) afirmam que a profissão na área da saúde recebeu as interferências da modernização nas políticas sociais com uma ação baseada na prática curativa, com técnicas de intervenção, burocratização das atividades, psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Essas ações foram realizadas na assistência médica previdenciária, que se destacou nesse período como o maior empregador dos/as assistentes sociais.

Em meados de 1970, a perspectiva de *reatualização do conservadorismo* surgiu como o segundo momento em que perpassou o processo de renovação do Serviço Social no Brasil. Essa outra direção fundamentava-se na vertente teórica fenomenológica, com um viés psicologizante e subordinado a uma análise do mundo a partir do pensamento católico clássico, mas com um tradicionalismo profissional que se apresenta com traços modernos.

³⁴ No ano de 1948, “a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

³⁵ Define-se renovação conforme o entendimento apresentado por Netto (2015, p. 172): “o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas e demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais”.

Esta perspectiva faz-se legatária das características que conferiram à profissão o traço microscópico da sua intervenção e a subordinaram a uma visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional; mas o faz com um verniz de modernidade ausente no anterior tradicionalismo profissional, à base das mais explícitas reservas aos limites dos referenciais de extração positiva. Aí, exatamente, o seu caráter renovador em confronto com o passado: o que se opera é uma reatualização dele, com um consciente esforço para fundá-lo em matrizes intelectuais mais sofisticadas (NETTO, 2015, p. 204).

A última direção do processo da sequência da renovação do Serviço Social no Brasil é a perspectiva de *intenção de ruptura*, a qual foi a vertente que mais se destacou por seu rompimento com as práticas tradicionais, bem como se aproximou gradativamente da tradição marxista.

Ao contrário das anteriores, esta possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador) (NETTO, 2015, p. 206).

A *intenção de ruptura* surgiu na década de 1970 no espaço universitário, especificamente na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais. Na década de 1980 extrapolou os muros da universidade e consequentemente ganhou evidência nos debates da categoria profissional. Essa vertente apresenta “três momentos diferenciáveis: o da sua emersão, o da sua consolidação acadêmica e o do seu espraiamento sobre a categoria profissional” (NETTO, 2015, p. 332).

Vale destacar a importância do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 1979, pois ficou reconhecido como o momento histórico da vertente da *intenção de ruptura*. Identificado como *Congresso da Virada*, demarcou um momento essencial na oposição ao conservadorismo da profissão (BRAVO, 2009).

III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em São Paulo no ano de 1979, denominado “Congresso da Virada”. [...] tornou-se emblemático por ser o tempo de florescimento das possibilidades objetivas e subjetivas que permitiram às forças políticas do trabalho expressar suas lutas pela implementação do Estado de Direito após o nefasto período de vigência da ditadura militar no Brasil, que ceifou as mais corajosas formas de resistência e combate ao autoritarismo. Alimentados por aquela conjuntura sócio-histórica, Assistentes Sociais começaram a tecer o entendimento do Serviço Social nos marcos da relação capital/trabalho e nas complexas relações entre Estado e Sociedade. A “Virada” teve o sabor de descortinar novas

possibilidades de análise da vida social, da profissão e dos indivíduos com os quais o Serviço Social trabalha. Dali em diante, a realidade em sua dinamicidade e dimensão contraditória torna-se o chão histórico preñado de lições cotidianas por meio do protagonismo das lutas da classe trabalhadora e dos sujeitos profissionais que passaram a apreender as necessidades reais vivenciadas pela população como demandas (CFESS, 2009, p. 01).

Cabe ressaltar que as décadas de 1970 e 1980 foram atravessadas por debates acerca da democratização do país, do movimento de renovação em torno do fazer profissional e da luta por direitos sociais. Destaca-se nesse período a luta pelo direito à saúde na perspectiva universal, independente de contribuição e o movimento sanitário como essencial para a conquista de avanços na política de saúde no Brasil na perspectiva da garantia de acesso aos cidadãos.

O movimento sanitário, que vem sendo construído desde os meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília (BRAVO; MATOS, 2009, p. 06-07).

Com efeito, esse debate em torno da Reforma Sanitária brasileira estabeleceu o SUS na Constituição Federal de 1988 e a política de saúde juntamente com a de assistência e previdência social foram afirmadas como o tripé da Seguridade Social brasileira. A saúde pública foi então regulamentada como direito de todos e como dever do Estado, apresentou à população um significado de saúde mais amplo, que considera diferentes fatores sociais e econômicos que interferem no processo saúde-doença (BRASIL, 1988).

Conforme exposição no capítulo 1, o Sistema Único de Saúde foi regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) como uma das propostas do projeto de Reforma Sanitária. Esse novo modelo de atenção à saúde da população brasileira, sob o aspecto da universalidade de acesso, permitiu à população o acesso aos serviços públicos de saúde, independentemente de contribuição.

O surgimento do SUS ampliou os espaços sócio-ocupacionais para o profissional de Serviço Social, principalmente pela municipalização da política de saúde, entretanto, essa ampliação decorreu da necessidade das práticas tradicionais, bem como de novas requisições para a profissão, aumentando as suas atribuições no processo de trabalho em saúde (LESSA, 2017).

Ao adentrar na década de 1990, o Serviço Social deparou-se com mais um desafio, pois foi nesse período que iniciou o projeto neoliberal no país, com rebatimentos diretos nas políticas públicas e consequentemente na atuação profissional. Esse projeto, que apresenta uma proposta de políticas de ajuste fiscal com contenção de gastos, focalização e seletividade nas políticas públicas acirrou a disputa com o projeto de Reforma Sanitária, que preconiza o atendimento universal e de responsabilidade do Estado e tem como referência as características pautadas em uma nova concepção de saúde com compreensão dos determinantes sociais do processo saúde/doença, um financiamento efetivo, a intersetorialidade, dentre outras. Ratificava-se, assim, a necessidade de reformas sociais em busca de melhores condições de vida e de trabalho (BRAVO, 2017).

No final dos anos de 1990 e início dos anos 2000, durante os dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso³⁶, enfatizou-se a continuidade de medidas que comprometiam a política de saúde, definindo-se a ocorrência de uma contrarreforma nesse campo, com a precarização dos serviços, privatização, focalização, limitações financeiras, dentre outras que incidem diretamente na concretização do direito ampliado da saúde e na possibilidade de realização da organização dos serviços e ações na perspectiva da universalidade. Esses direcionamentos trouxeram implicações também na própria direção social do trabalho dos/as profissionais de saúde, inclusive dos/as assistentes sociais (COSTA, 2010).

Em seguida, no governo do presidente Lula³⁷, observou-se algumas inovações na política de saúde, contudo, as expectativas dessa gestão para o fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária não foram concretizadas, pois foram mantidas as propostas do governo anterior, com a continuidade dos projetos em disputa. Em alguns momentos fortaleceu o projeto de Reforma Sanitária e em outros o privatista, a fragmentação das políticas que compõem a seguridade social, focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos, bem como desfinanciamento da política (BRAVO, 2009).

Em 2011, ao assumir a presidência do Brasil, Dilma Rousseff³⁸ manteve o subfinanciamento da política, a saúde continuou perdendo espaço para o setor privado, com

³⁶ Foi presidente do Brasil por 02 (dois) mandatos, entre 1995 a 2003, período constituído por “reformas orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980. Reformando-se o Estado, com ênfase especialmente nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 148).

³⁷ Luiz Inácio Lula da Silva, presidente do Brasil pelo partido dos trabalhadores por dois mandatos consecutivos, mantendo-se no poder entre os anos de 2003 a 2011.

³⁸ Sucessora do presidente Lula, assumiu a presidência da república do Brasil em 2011, governou o país em dois mandatos seguidos, porém em 2016 foi afastada do poder após processo de impeachment.

aumento dos planos e seguros particulares, focalização da política, manteve-se a disputa entre os projetos, bem como a abertura de capital estrangeiro, fortalecendo ainda mais o projeto privatista (REIS; PAIM, 2018). Desse modo, verifica-se que a contrarreforma do Estado do presidente Fernando Henrique Cardoso continuou também nos governos subsequentes. Para tanto, mesmo com alguns avanços na política de saúde, ainda assim não foram sinalizados outros direcionamentos para o projeto em vigor no país, os referidos governos reafirmaram a função direcionada para o capitalismo no Brasil.

No ano de 2016, com a posse do vice-presidente Michel Temer³⁹, ampliou-se o desmonte das políticas sociais, com um novo cenário de contrarreformas do Estado em uma conjuntura de intensificação dos ataques dos direitos sociais dos/as trabalhadores/as, com alterações no mundo do trabalho. Na saúde intensificaram-se as privatizações, o desfinanciamento, com congelamento de gastos por 20 anos, os planos privados, com propostas de “planos acessíveis”, mudanças na PNAB, sem discussões com a população e reforço ao projeto privatista, com reafirmações e aberturas de mais espaços para o fortalecimento da mercantilização da saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Em 2018, ao assumir o cargo de presidente da república, Jair Bolsonaro⁴⁰ apresentou-se com um direcionamento político voltado aos interesses do capital, reafirmando o seu compromisso explícito com o projeto privatista. Nesse cenário, a saúde mantém-se com desfinanciamento, reafirma as ações focalistas, privatistas e ofertas de espaço cada vez mais ampliadas para a iniciativa privada. Assiste-se a inúmeros mandos e desmandos nas políticas sociais, que agravam ainda mais a situação da população que mais necessita dos serviços públicos, com propostas que sucateiam ainda mais o SUS nos seus diversos níveis de atenção, especialmente a atenção primária à saúde.

Esse acirramento dos projetos em disputa é também perceptível no cotidiano dos/as trabalhadores/as do SUS. Aos assistentes sociais o projeto privatista se apresenta com as seguintes demandas, conforme Bravo e Matos (2009, p. 10): “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”. No entanto, em contraponto, as requisições da Reforma Sanitária apresentam-se para o Serviço Social da seguinte forma: “democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a

³⁹ Foi vice-presidente do Brasil e após o processo de impeachment da então presidente titular Dilma Rousseff, Michel Miguel Elias Temer Lulia assumiu o cargo de presidente e permaneceu entre os anos de 2016 e 2019.

⁴⁰ Atual presidente da República, Jair Messias Bolsonaro assumiu em 2019 e permanece no mandato.

realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 10). Com relação ao projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada⁴¹, os/as profissionais se deparam com “arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10).

Nesse cenário, o/a profissional lida diariamente com as consequências da disputa entre os projetos na política de saúde, os quais interferem diretamente no fazer profissional dos/as assistentes sociais na política de saúde nos dias atuais, com demandas que reafirmam interesses antagônicos e que exigem da categoria a necessidade de discussão em torno dos seus direcionamentos e fazer profissional. Nesse sentido, o compromisso com a luta da classe trabalhadora e com os direitos sociais reafirmam-se como bandeira de luta para o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária. Desse modo, vale considerar que:

A atual conjuntura conclama profissionais articulados aos movimentos sociais, de trabalhadores e usuários, que não se cansam de lutar por um SUS de qualidade; pelo acesso universal em todos os níveis de complexidade, com ações e serviços complementares, capazes de integrar as equipes de saúde e estimular a intersetorialidade, viabilizando a participação dos usuários e dos trabalhadores nas decisões a serem tomadas (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, 2012, p. 14).

Vale destacar que no atual contexto do SUS, embora o direito à saúde esteja garantido legalmente de forma integral, a implementação dessa política se apresenta com práticas que dificultam⁴² a efetividade de suas ações, a exemplo da redução dos gastos sociais, redução dos direitos, e com ações preferencialmente curativas e individuais, desvinculadas das condições

⁴¹ De acordo com Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o projeto da “Reforma Sanitária Flexibilizada, que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país pautada pelo Consenso de Washington (1989). Esse projeto do SUS possível é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde. Este projeto se consolida nos governos petistas (BRAVO, 2013)” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10).

⁴² Com relação a essas dificuldades Paim (2017, p. 29) assinala que “a defesa dos direitos sociais e da saúde, em particular, tão cara ao projeto da RSB, constitui, portanto, uma luta contra-hegemônica mesmo diante de governos considerados de esquerda. O impeachment sofrido pela então presidente Dilma em 2016 e a posse de um governo com uma agenda ultraliberal constrangedora de direitos e sem a legitimidade do voto popular aprofundam tais desafios (Teixeira, 2016)”.

de vida da população, que conseqüentemente agravam ainda mais as desigualdades da sociedade capitalista (COSTA, 2010).

Diante dessas reflexões sobre a inserção dos/as assistentes sociais na política de saúde é importante sinalizar que, conforme relata Borges (2017), os/as assistentes sociais estão inseridos/as nos processos de trabalho em saúde, setor esse historicamente considerado como maior empregador dos/as assistentes sociais.

Sabe-se que a integralidade é um dos princípios do SUS e diante da necessidade de concretização desse princípio, a inserção dos/as assistentes sociais nesse processo é essencial, visto que possuem competência para as demandas de encaminhamentos, conhecimento da rede, dentre outras que reafirmam a perspectiva da viabilização de direitos, contidos nas legislações brasileiras e nas situações que envolvem questões relacionadas à violação de direitos e nas mais variadas necessidades sociais dos/as usuários/as que influenciam no processo saúde-doença.

As novas diretrizes e princípios da política de saúde brasileira, com a institucionalização do SUS, oferta uma proposta mais ampla no modelo de assistência à saúde. Assim, as demandas que são requisitadas ao/a assistente social na área da saúde envolvem uma série de condicionantes que implicam na necessidade de intervenções profissionais que não se limitam a práticas curativas.

Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde-doença (COSTA, 2000, p. 16).

A autora mencionada afirma que nos atendimentos, o/a profissional necessita conhecer o funcionamento da instituição que atua, a rede a qual o indivíduo está inserido, a dinâmica da instituição e as demais políticas. Desse modo, o/a assistente social que atua no SUS deve conhecer as redes em volta da sua atuação para a realização de mediações necessárias ao exercício profissional.

O/A assistente social é um profissional que tem como perspectiva em suas ações o atendimento às necessidades da classe trabalhadora e é referência nas atuações na política de saúde, objetiva compreender o sujeito na sua totalidade, baseado/a no Projeto Ético-Político Profissional. Dessa forma, leva em consideração as condições objetivas das pessoas nas suas intervenções profissionais.

Nesse sentido, compreende-se que o domínio do conceito ampliado de saúde e da promoção da saúde com fins de atender as necessidades sociais de saúde, aliado a um exercício profissional coerente com essa perspectiva da totalidade, com os fundamentos da sua formação profissional e permeado por escolhas ético-político, sem desconsiderar as condições objetivas, apresenta-se como uma possibilidade para a construção e/ou reconstrução da imagem da profissão na área da saúde (BORGES, 2017, p. 90).

A inserção do Serviço Social na atual política de saúde pressupõe a efetivação do princípio da interdisciplinaridade e intersetorialidade, com integração entre as políticas públicas e propostas de ações que atendam às demandas dos/as usuários/as em sua totalidade. Assim, afirma-se que a “integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do/a assistente social na área da saúde, superando o estatuto da profissão paramédica, típico do modelo biomédico” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 08).

Diante dessas considerações pontua-se que o/a assistente social enquanto profissional da saúde precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecimento de prioridades nas suas ações a partir das demandas dos/as usuários/as, considerando os dados epidemiológicos e a necessidade de ações articuladas, de acordo com as necessidades de saúde da população usuária.

Assim, diante do cenário atual, que apresenta mudanças no mundo do trabalho, Iamamoto (2000) assinala que há a necessidade de um perfil profissional propositivo, com capacidade de entender as expressões concretas da questão social que se apresentam na realidade dos diversos espaços profissionais, bem como com a criação de propostas e estratégias para o enfrentamento das mesmas, dado ao perfil proposto pela revisão curricular a partir das Diretrizes Curriculares de 1996.

Assim, poderá identificar os determinantes do processo saúde-doença e propor intervenções específicas e intersetoriais na busca pela saúde integral, articulando organicamente os saberes teóricos apropriados pela categoria, e expressos nas próprias diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social, com a realidade cotidiana dos serviços e das políticas sociais nos quais os profissionais atuam. Para isso, o projeto profissional já assinala a ênfase numa formação acadêmica qualificada e permanente, para que haja uma nova relação com os usuários, tornando-os sujeitos das ações profissionais (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, 2012, p. 16).

Para a realização dessa atuação competente e crítica, o/a assistente social que atua na política de saúde necessita de alguns direcionamentos que afirmam o compromisso com o/a

usuário/a, bem como respostas às necessidades de saúde da população. Assim, de acordo com o que afirma os Parâmetros de Atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde, essa atuação pressupõe:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- **estimular a intersetorialidade**, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p. 30) (grifos nossos).

Conforme afirmam os *Parâmetros de Atuação dos/as assistentes sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010), a intersetorialidade é descrita como uma das necessidades que deve ser estimulada na atuação profissional com o objetivo de reduzir a fragmentação nas ações dos/as profissionais e atender os/as usuários/a da política de saúde em suas necessidades mais globais.

Ressalta-se que dentre as dificuldades no cotidiano do trabalho dos/as assistentes sociais, pontuam-se alguns desafios, dentre eles: a interlocução pública do Serviço Social, as exigências de profundas mudanças no perfil do/a assistente social, o caráter interdisciplinar e **intersetorial do trabalho profissional** no campo das políticas sociais públicas e o desafio de recuperar o trabalho de base junto à população (RAICHELIS, 2009).

O/a assistente social é um profissional que historicamente encontra-se inserido/a nas diversas políticas públicas, que pode atuar tanto diretamente na oferta dos serviços à população como na gestão desses. Diante disso se torna um profissional estratégico nas discussões das ações intersetoriais, assim como os demais profissionais que compõem a ESF. No entanto,

contraditoriamente, a intersetorialidade é uma prática desconsiderada no cotidiano das ações nos serviços de saúde.

No estudo realizado por Costa (2010), identificou-se que a iniciativa da realização concreta da articulação intersetorial é atribuída ao/a assistente social. Assim, nos casos que são chamados para discutir com outros membros da equipe, os/as profissionais de saúde acionam o Serviço Social, mas não se envolvem nas providências, apenas discutem e emitem laudos.

Ainda segundo a autora supracitada, os dados do estudo realizado possibilitaram visualizar o quanto as demandas de intersetorialidade que chegam ao profissional de Serviço Social apresentam uma ligação com as condições de vida das pessoas e com o aprofundamento das desigualdades sociais, as quais necessitam de ações que ultrapassam o setor de saúde.

Portanto, tais demandas e necessidades revelam que a maioria da população usuária do SUS chega aos serviços de saúde com agravos à saúde claramente vinculados ao desrespeito aos mais elementares direitos humanos e sociais, tais como acesso à habitação adequada, segurança alimentar e nutricional, trabalho, condições de trabalho e remuneração dignas, educação e informação, etc. Em suma, revelam o impacto perverso da orientação neoliberal que tem prevalecido na condução das políticas econômicas e sociais pós-CF de 1988, minando as possibilidades de construção de um verdadeiro sistema universal de seguridade social e, portanto, impedindo avanços na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira (COSTA, 2010, p. 220-221).

Nessa perspectiva, depreende-se que a intersetorialidade não é competência apenas de uma profissão específica, no entanto, o/a assistente social se apresenta como um/uma profissional que tem uma estreita relação com essa estratégia. Nesse sentido, o presente estudo busca conhecer como na prática os/as profissionais de Serviço Social têm se apropriado dessa estratégia nas intervenções institucionais, visto que a intersetorialidade é um mecanismo de gestão que leva em conta as necessidades dos/as usuários/as e tem como finalidade superar a fragmentação das políticas públicas.

Desse modo, os próximos capítulos apresentarão uma análise sobre a atuação dos/das assistentes sociais na perspectiva da intersetorialidade no cotidiano profissional nas Unidades de Saúde da Família no município de Aracaju-SE, com itens que pontuam as categorias identificadas a partir da pesquisa de campo sinalizadas pelos sujeitos da pesquisa e as atuais implicações que interferem diretamente na atuação profissional para a materialização da intersetorialidade no âmbito da sociedade burguesa.

3 A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE E A INSERÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS

Neste capítulo, inicialmente pontua-se os aspectos vinculados às ações da política de saúde municipal nos territórios de Aracaju, com base no mapa de Sergipe, com observações sobre as suas estruturas e composições, tanto na divisão municipal como no âmbito estadual. Em sequência aborda-se sobre o processo de inserção dos/as assistentes sociais na equipe de atenção primária das USFs em Aracaju-SE e os aspectos referentes ao perfil dos sujeitos da pesquisa.

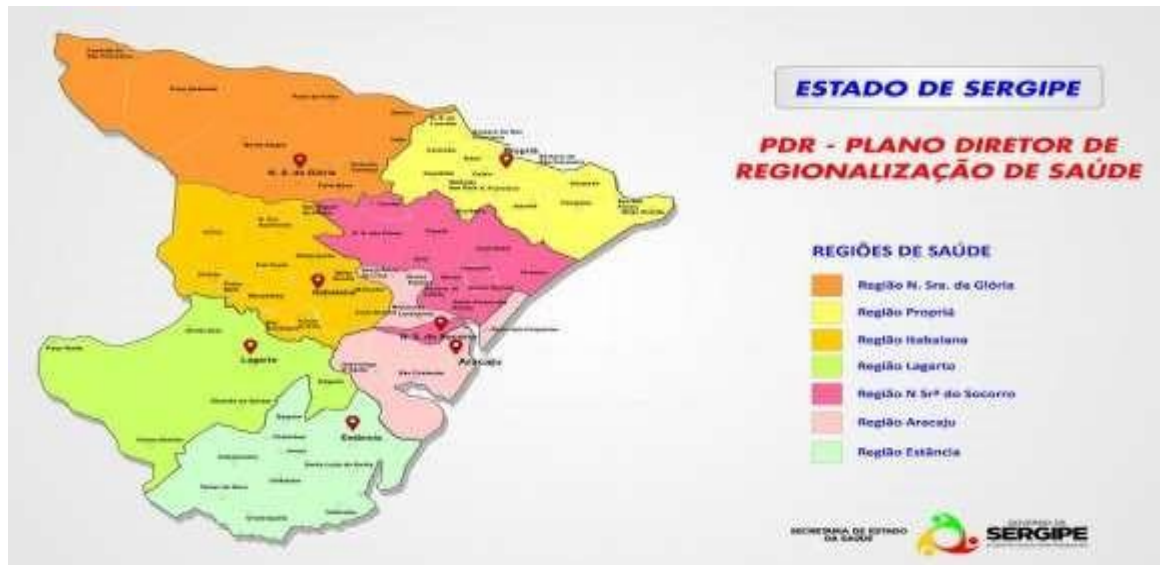
3.1 A conformação da Regiões de Saúde em Aracaju-SE

O Ministério da Saúde, com a finalidade de orientar formas de organização e funcionamento dos serviços ofertados pelo SUS, publica portarias e decretos entre outros aparatos legais, os quais direcionam as ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no âmbito dessa política social. Dentre esses direcionamentos, emitiu o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que define regiões de saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a, p. 01).

A esse respeito, em Sergipe, o estado divide-se de forma administrativa por 07 (sete) regiões de saúde, as quais possuem municípios-sedes, que representam a referência para os demais. Desse modo, a cidade de Aracaju é uma referência regional e estadual, pois além de ser município sede da região é também polo estadual para as ações e procedimentos de média e alta complexidade (ARACAJU, 2017).

Figura 01 - Mapa de Sergipe com divisão territorial por regiões de saúde

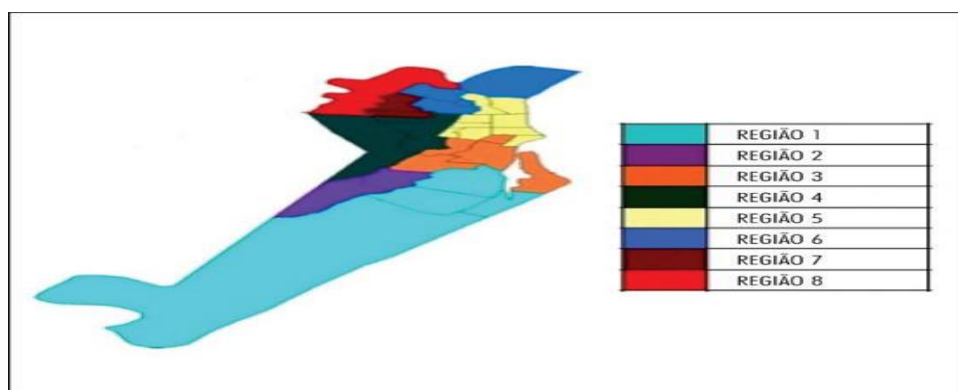


Fonte: Plano Estadual de Saúde (2016-2019)

Diante do mapa de Sergipe, que está dividido por regiões de saúde, observa-se na figura 01 a capital aracajuana como sede, composta pelos seguintes municípios: “Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga d’Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão (Deliberação CIR Aracaju nº 03/2012)” (SERGIPE, 2016, p. 17).

Ressalte-se que na sede de Aracaju há também uma divisão territorial por regiões de Saúde, a qual objetiva organizar as ações de saúde na cidade. Conforme afirma o Plano Municipal de Saúde de Aracaju (2018-2021), essa demarcação foi realizada respeitando a necessidade e importância do trabalho intersetorial e as características das regiões (ARACAJU, 2017).

Figura 02 - Mapa de Aracaju com divisão territorial por regiões de saúde



Fonte: Plano Municipal de Saúde (2018-2021)

Conforme a figura 02, observa-se que Aracaju está dividida territorialmente em 08 (oito) regiões de saúde, delimitadas de acordo com as proximidades e características em comum, as quais se assemelham às realidades vivenciadas pela população que coabitam nesses espaços. Visualiza-se que em relação à extensão territorial a 1ª região possui uma dimensão de espaço mais amplo e a 7ª região compreende um limite territorial inferior às outras regiões.

Dessa forma, pode-se pontuar algumas especificidades das regiões: 1ª região: é mais distante dos demais serviços de saúde, concentra a praia de Atalaia (condomínios e casas de praia) e a população pesqueira de alguns bairros em expansão; 2ª região: possui dois grandes bairros da cidade, os quais apresentam a maioria da população com baixa renda: Santa Maria e São Conrado; 3ª região: possui uma população considerada classe média e também uma população com desigualdades socioeconômicas; 4ª região: área em crescimento populacional, com expansão de condomínios e de estabelecimentos, problemas socioeconômicos, baixos indicadores sociais e uma comunidade quilombola; 5ª região: compreende alguns bairros tradicionais e possui a equipe do programa Consultório na Rua; 6, 7ª, 8ª regiões: têm alguns conjuntos fundados de forma desorganizada e apresentam alto índice de violência (ARACAJU, 2017).

Ressalte-se que dentre as regiões de saúde ocorre o fenômeno de crescimento populacional, caracterizado como zona de expansão em alguns bairros da cidade, o que conseqüentemente demanda uma reorganização para o atendimento das necessidades básicas da população, bem como exige uma reorganização da cobertura de serviços que são ofertados a partir das divisões territoriais por intermédio das equipes de referências, a exemplo: as Equipes de Saúde da Família.

O MS publicou em 2010 a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, s/p).

Em Aracaju, a Rede de Atenção à Saúde está dividida em: Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP), Rede de Atenção Psicossocial (REAPS), Rede de Atenção Especializada (REAE) e Rede de Atenção às Urgências e Emergências (REUE) (ARACAJU, 2017).

Conforme a portaria anteriormente citada, a REAP de Aracaju possui as unidades básicas de saúde, que são consideradas as portas de entrada preferenciais dos/as usuários/as no âmbito do SUS e ofertam à população: consultas, unidades produtivas, referências, assistência farmacêutica básica, educação em saúde, entre outros.

Como já pontuado anteriormente, diversas regiões de saúde de Aracaju encontram-se em processo de expansão. Com efeito, a Rede de Atenção Primária à Saúde conta com dificuldades de cobertura desses territórios, pois não conseguiu acompanhar o crescimento populacional, além do número reduzido de profissionais nas equipes em decorrência de aposentadorias, exonerações, entre outros (ARACAJU, 2017).

Figura 03 - Áreas descobertas de ESF



Fonte: Plano Municipal de Saúde (2018-2021)

A figura 03 retrata a realidade da cidade de Aracaju com relação à existência de áreas descobertas de Estratégia Saúde da Família. Registra-se que o referido município já contou com uma cobertura de mais de 90%, contudo, atualmente conta com apenas 69% de cobertura. Esse fator impacta na política de saúde, nas condições de vida da população e no acesso aos serviços essenciais, o que poderá também ocasionar a procura dos serviços em outras regiões e resultar em superlotação das unidades de saúde (ARACAJU, 2017).

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 aponta ainda que para combater as dificuldades enfrentadas devido às áreas descobertas, o município possui dispositivos de programas federais implantados, tais como: 08 (oito) NASF-AB⁴³, 24 (vinte e quatro) Polos de Academia da Cidade e 01 (um) Consultório na Rua.

⁴³ Vale ressaltar que com a publicação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, há uma preocupação com a continuidade dos NASF, pois sinaliza a possibilidade da sua extinção, conforme se posiciona o CFESS através da nota pública, a qual afirma que: “na Nota Técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS, está nítido que a composição das equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada à tipologia NASF-AB e, a partir de janeiro 2020, não será realizado o credenciamento de NASF-AB, em que pese a afirmação de que os/as gestores/as municipais têm autonomia na aplicação dos incentivos de custeio do financiamento da atenção primária, podendo aplicá-los no custeio de equipes multiprofissionais no formato mais apropriado às necessidades locais” (CFESS, 2020, s/p). Dito isso, fica a critério dos gestores municipais a manutenção dos núcleos, o que coloca em risco a sua continuidade.

O Programa Saúde da Família, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família, conforme visto no capítulo 1, foi instituído no Brasil em 1994. Essa iniciativa do MS tinha por finalidade ampliar os serviços da atenção básica no Brasil, contudo, em decorrência do país apresentar uma vasta extensão territorial e diferenças regionais, a implantação e ampliação do PSF ocorreu de forma diferenciada⁴⁴.

No próximo item discutiremos sobre o processo de inserção dos/assistentes sociais no PSF de Aracaju-SE e as suas particularidades.

3.2. A inserção dos/as assistentes sociais no PSF aracajuano

Em Aracaju, a aprovação e implementação do PSF ocorreu em 1998, após o processo de municipalização e a realização da V Conferência Municipal de Saúde, mas de acordo com Tavares (2009), as discussões sobre a implantação do PSF já aconteciam no Conselho Municipal de Saúde desde 1994.

Cabe ressaltar que com a adoção da concepção ampliada de saúde, a partir da Constituição de 1988, na qual há o reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, o profissional de Serviço Social é reconhecido como fundamental no contexto de enfrentamento das demandas sociais que se apresentam no âmbito do SUS, principalmente no Brasil, o qual apresenta profundas marcas das desigualdades sociais, as quais envolvem raça, gênero, renda, entre outros.

Entretanto, o Ministério da Saúde reconheceu apenas como equipe mínima para o PSF: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. A esse respeito, Tavares (2009) assinala que a categoria dos/as assistentes sociais ao identificar a exclusão desses profissionais no PSF desencadeou um processo de mobilização. Nesse sentido, os/as profissionais instalaram um fórum denominado *Reordenando à Prática dos Assistentes Sociais*, no qual produziram um documento expondo a importância dos/as assistentes sociais no PSF, uma vez que os aparatos normativos vigentes no SUS já reconheciam o conceito ampliado de saúde.

A aludida autora informou que apesar das ressalvas sobre as limitações financeiras do município, os/as assistentes sociais conquistaram na V Conferência Municipal de Saúde a

⁴⁴ “Cobrindo, em 2001, 70,1% dos municípios brasileiros, este processo foi heterogêneo nas regiões, iniciando-se pelo Nordeste, Norte e Sudeste, para em 2000 e 2001 estender-se para o Sul e o Centro-Oeste do país” (BRASIL, 2002, p. 24). Para mais informações sobre o processo de implantação do PSF no Brasil, cf.: BRASIL, 2002.

inclusão no PSF de Aracaju, a partir da qual cada equipe passou a contar com assistentes sociais lotados nas USFs.

A relevância dessa conquista deve ser reafirmada como marco histórico na luta da categoria frente à política municipal de saúde de Aracaju, bem como dos princípios da Reforma Sanitária brasileira. Pois, ainda que diante de uma legislação que não preconizava a presença dos/as assistentes sociais, os/as profissionais conseguiram demonstrar a sua pertinência na política de saúde, especificamente como categoria estratégica nas ações de prevenção e promoção à saúde nas unidades básicas de Aracaju.

No entanto, a despeito dessa significativa conquista para a inserção dos/as assistentes sociais na saúde pública aracajuana, Tavares (2009) pontua que os/as assistentes sociais enfrentavam questionamentos diários das demais categorias acerca da importância desses/as profissionais de Serviço Social nas equipes do PSF.

Consequentemente, de acordo com a citada autora, surgiu a necessidade de construção dos protocolos das categorias profissionais. No ano de 2003 deu-se início à elaboração do protocolo do Serviço Social, uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Aracaju por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e o Departamento de Serviço Social (DSS) da UFS, por meio de oficinas preparatórias, com reflexões relacionadas ao papel do/a assistente social, bem como a elaboração de estratégias e intervenções profissionais.

Esse processo de construção dos protocolos do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde provocou significativas reflexões sobre o exercício da profissão no PSF de Aracaju e destaca-se que dentro desse debate já estava presente a discussão da intersetorialidade enquanto estratégia para a garantia do direito à saúde.

O segundo aspecto refere-se à forma como foi encaminhada a discussão sobre a ação do serviço social, que ocorreu a partir da reflexão sobre os determinantes da saúde, sobre a necessidade e importância da intersetorialidade para a garantia do pleno direito a saúde, momento em que foi proposta a criação da Rede de Solidariedade e Proteção Social, objetivando articular as diversas Secretarias Municipais para a ação (TAVARES, 2009, p. 217).

Como visto no relato da citada autora, a discussão em torno da intersetorialidade por parte dos/as assistentes sociais se encaminhou como um direito à saúde, no entanto, a proposta era de criação de uma Rede de Solidariedade e Proteção Social. Nesse sentido, questiona-se em qual direcionamento esse debate ocorreu: na perspectiva do direito à saúde ou em uma rede baseada na solidariedade? A esse respeito, Silva et al (2001) pontuam que apesar da

Constituição Federal de 1988 ter lançado novas bases sobre a proteção social no Brasil, na ótica dos direitos sociais, as propostas neoliberais dos governos insistem em adotar o princípio da solidariedade no sentido de deslocar a responsabilidade do Estado para a sociedade civil, ao tempo em que assumem uma imagem de benfeitor desencadeiam um movimento de refilantropização das políticas sociais.

Conforme Tavares (2009), a organização acerca da elaboração dos protocolos do Serviço Social foi interrompida, sendo retomada no ano de 2007 por intermédio do Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS), o qual organizou uma oficina denominada *A instrumentalidade na ação do Serviço Social na Saúde*. O resgate da discussão em torno dos protocolos do Serviço Social é considerado um momento singular para os/as profissionais. Nessa ocasião, os direcionamentos em torno do fazer profissional foram atualizados, dentre eles:

Uniformização ou padronização dos instrumentos utilizados no PSF, tais como fichas de encaminhamentos, fichas de relatórios, pareceres; ficou definido que os profissionais registrariam todos os atendimentos realizados no prontuário utilizado pelo médico e enfermeiro; a consulta social, parecer social, a elaboração do diagnóstico social e a avaliação do risco social só poderiam ser realizados pelo assistente social (TAVARES, 2009, p. 222).

Após a construção dos protocolos do Serviço Social na Atenção Primária, os/as assistentes sociais que atuavam nos outros pontos de atenção à saúde de Aracaju também construíram os seus protocolos para direcionamento das práticas profissionais nos anos seguintes, a exemplo: o da REUE, realizado em 2008; o REAPS, em 2009 e a REAE, em 2012 (GOMES; LEITE; BELFORT, 2016).

As referidas autoras afirmam que entre os anos de 2014 a 2016 ocorreu a criação de um Grupo de Trabalho (GT) por intermédio da Portaria nº 042/2015 para a construção do protocolo do Serviço Social de forma conjunta com os/as assistentes sociais que atuavam na saúde do município e intitula-se *Protocolo do Serviço Social nas Redes de Saúde do SUS/Aracaju*, o qual se encontra em vigor até os dias atuais.

Conforme assegura na introdução, o citado documento menciona que essa construção do protocolo foi um processo coletivo e contou com a participação de vários/as assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde e de instituições como o CEPS, o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)/18ª Região, o Sindicato dos/as Assistentes Sociais do Estado de Sergipe (SINDASSE) e o DSS/UFS. O referido protocolo apresenta a atuação dos/as assistentes

sociais na Rede de Saúde de Aracaju, demonstrando a importância do trabalho do Serviço Social nos serviços do SUS e nas mais diversas expressões da questão social, alinhado ao seu Projeto Ético-Político e à Reforma Sanitária.

O documento é o atual⁴⁵ protocolo utilizado pelos/as assistentes sociais da SMS de Aracaju e é considerado uma ferramenta essencial para orientar os direcionamentos do fazer profissional no SUS. Pontua a história do Serviço Social na Política de Saúde de Aracaju, bem como apresenta as constantes demandas que perpassam o cotidiano dos/as assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais da RAS do município. Desse modo, outros equipamentos passaram a inserir o/a profissional de Serviço Social por intermédio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e ou por outras estratégias de ampliação das equipes. Como exemplo de inserção desses/as profissionais diretamente nas equipes de saúde da família pode-se citar a inclusão oficial dos/as assistentes sociais nas ESFs de Campina Grande-PB, que ocorreu no ano de 2003, após 07 (sete) anos de reivindicação por intermédio de um processo de luta e de articulação (COSTA; OLIVEIRA, 2017).

Como visto, a inserção oficial dos/as assistentes sociais nas ESFs é uma luta histórica da categoria em âmbito nacional. Vários documentos reafirmam essa pauta como uma reivindicação nas deliberações de Encontros Nacionais CFESS/CRESS, a exemplo, os realizados nos anos de 2002, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, dentre outros. Dentro desses encontros indicam-se como proposta “discutir amplamente o Programa de Saúde da Família, afirmando os princípios do SUS, travando luta nacional pela inserção da(o) Assistente Social na equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde” (CFESS, 2002, p. 18).

Os Parâmetros para Atuação dos/as Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) afirmam que embora a inserção dos/as assistentes sociais não seja preconizada na equipe mínima da ESF, a incorporação desses/as profissionais está sendo requisitada em algumas equipes de municípios brasileiros para intervir na promoção da saúde da população por intermédio de ações educativas, intersetoriais e de mobilização da população (CFESS, 2010). A esse respeito, Costa e Oliveira (2017) assinalam que a Estratégia de Saúde da Família proporciona possibilidades de inserção dos/as assistentes sociais no trabalho em saúde e demanda desses/as uma atuação comprometida com mudanças no entendimento do processo saúde/doença da comunidade, bem como no vínculo da equipe com o/a usuário/a. As mencionadas autoras afirmam ainda que a inclusão do Serviço Social na ESF pode ocorrer de

⁴⁵ Conforme informação obtida por intermédio de contato informal em fevereiro de 2020, com a Responsável Técnica (RT) do Serviço Social na Rede Primária de Saúde de Aracaju/SE.

variadas formas, seja por especialização profissional, estágios, residências multiprofissionais, assistentes sociais que compõem equipes básicas ou de apoio, dentre outras possibilidades.

No ano de 2016, a cidade aracajuana contava com 102 (cento e dois) assistentes sociais trabalhando na Rede de Atenção à Saúde do município (ARACAJU, 2016). Nesse mesmo período havia na rede de saúde 43 (quarenta três) unidades de saúde da família, as quais contavam com um/uma assistente social em cada USF. Atualmente, a cidade possui 45 (quarenta e cinco) unidades de saúde da família e os/as assistentes sociais estão inseridos/as em 38 (trinta e oito)⁴⁶ dessas. Os referidos equipamentos possuem de 01 (uma) a 06 (seis) equipes dentro de uma mesma unidade, o que demonstra que esses serviços podem ter quantitativos de equipes diferentes. Esse número interfere diretamente na atuação dos/as assistentes sociais e será abordado nos próximos tópicos. Pois diferentemente dos/as demais profissionais, o/a assistente social atua com o conjunto das equipes que integram a USF, o que poderá gerar uma sobrecarga de trabalho nesses/as profissionais. Conforme já assinalado anteriormente, as unidades básicas de saúde são consideradas as entradas preferenciais dos/as usuários/as no âmbito do SUS e os/as assistentes sociais que atuam nesses espaços “buscam viabilizar o acesso universal aos serviços de saúde, conforme definido pela Lei 8.080/90” (GOMES; LEITE; BELFORT, 2016, p. 12).

O protocolo do Serviço Social atualmente em vigor afirma que as principais demandas apresentadas ao Serviço Social na REAP estão interligadas a situações de acesso aos serviços. Dito isso, apontam-se algumas demandas que surgem no cotidiano profissional dos/as assistentes sociais que atuam na atenção primária à saúde:

Fragilidades no acesso às políticas públicas, programas e benefícios sociais; dificuldades de adesão ao cuidado de saúde; desconhecimento sobre fluxo da rede de saúde; acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família; avaliação de risco social de sujeitos e/ou famílias; mobilização para o controle social (GOMES; LEITE; BELFORT, 2016, p. 13).

Cabe ressaltar que essas requisições ratificam a necessidade de conhecimento dos/as profissionais com relação à rede de serviços ofertada à comunidade para uma melhor orientação e possibilidade de acesso dos/as usuários/as, bem como comunicação entre essas redes para que os cidadãos sejam atendidos em sua integralidade.

⁴⁶ Dados obtidos por intermédio de contato informal em 03 de outubro de 2019, com a Responsável Técnica (RT) do Serviço Social na Rede Primária de Saúde de Aracaju-SE.

O Ministério da Saúde destina programas com diversas temáticas a públicos específicos nas unidades de saúde, dentre os quais: Programa Saúde da Mulher (assistência ao pré-natal e prevenção ao câncer do colo uterino); Programa Saúde do Adulto e do Idoso; Programa Saúde do Homem; Programa Saúde da Criança e do Adolescente; Programa Saúde Mental; Programa Bolsa Família e Programa Saúde na Escola (GOMES; LEITE; BELFORT, 2016). Nesse sentido, os/as assistentes sociais que atuam na Rede Primária de Atenção à Saúde são orientados/as a direcionar suas ações em práticas interligadas com os programas do MS e de outras políticas públicas. A depender da necessidade do público de cada programa específico, o protocolo orienta demandas e intervenções mais singulares e pontua as intervenções que podem ser realizadas de forma mais geral:

- Acolhimento • Atendimento individual • Consulta social • Acompanhamento individual, de famílias ou grupos • Atividade de educação em saúde • Visita institucional • Atendimento domiciliar • Elaboração de Relatório Social • Construção, com a equipe de saúde da família e com o usuário e os familiares, do cuidado de saúde compartilhado • Encaminhamento interno, encaminhamento para serviço especializado do SUS e encaminhamento intersetorial • Orientação e encaminhamento para inserção em programas sociais • Articulação com a rede de proteção social • Busca ativa para adesão e ou continuidade do cuidado de saúde • Notificações de casos/suspeitas de violência • Ações de promoção e prevenção da saúde • Supervisão de alunos de graduação do curso de Serviço Social, de residência multiprofissional e de outros programas governamentais • Assessoria a movimentos populares/Conselho de Saúde (GOMES; LEITE; BELFORT, 2016, p. 13).

Com relação aos instrumentos utilizados no cotidiano dos serviços, registra-se a importância desses para a materialização do fazer profissional e o protocolo apresenta de forma ampla os que são utilizados pelos/as assistentes sociais da Rede de Saúde de Aracaju:

- Acolhimento • Acompanhamento, monitoramento e avaliação • Articulação com os movimentos sociais • Articulação da rede intra e intersetorial • Atas de reunião • Atendimento individual e grupal • Consulta social • Diagnóstico social • Diário de campo • Dinâmica de grupo • Encaminhamentos • Entrevistas 46 • Ficha de visita domiciliar e institucional • Ficha de encaminhamento como co-responsabilização da rede de cuidado • Formulários • Livros de registro e prontuários • Material educativo • Matriciamento • Palestras • Parecer social • Pesquisa social • Relatório social • Relatório de produção individual mensal • Relatório de atividades em equipe • Rodas de conversa • Reunião • Visita domiciliar e institucional (GOMES; LEITE; BELFORT, 2016, p. 13).

O referido documento aponta ainda que no ano de 2016, em Aracaju, o/a assistente social era a terceira categoria de nível superior com um maior quantitativo de profissionais na área da saúde e também que a demanda nesses espaços se deve tanto pela necessidade de atendimento às situações institucionais, como por atuar diretamente nas múltiplas expressões da questão social, uma vez que

A inserção do Serviço Social no campo da saúde vem se ampliando devido a diferentes questões diretamente relacionadas às respostas que essa profissão pode oferecer às variadas demandas postas pela política de saúde e que se apresentam cotidianamente nos serviços, alterando substancialmente as condições gerais de atenção disponibilizada à população usuária (MATTOSO, 2009, p. 239).

Diante dessas pontuações históricas, observa-se que o profissional de Serviço Social percorreu um caminho coletivo de conquistas e legado profissional que perpassaram por discussões e reflexões com amadurecimentos profissionais em torno da sua atuação no SUS. Esse processo resultante de diálogos entre várias instituições e profissionais deixou registrado na política de saúde de Aracaju a inserção do Serviço Social na ESF como uma referência nacional.

As discussões no próximo item apresentam o conteúdo acerca do perfil das 20 (vinte) assistentes sociais que atuam nas USFs de Aracaju-SE, considerando-se que essa categoria de profissionais atua historicamente na política de saúde, com relevância para as estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população brasileira no âmbito do SUS.

3.3 Perfil dos/as assistentes sociais das Unidades Básicas de Saúde de Aracaju

Os locais de realização da pesquisa compreendem as 08 (oito) regiões de saúde de Aracaju. Conforme já exposto no presente trabalho, a capital de Sergipe é composta por esse quantitativo de regiões, as quais possuem Unidades Básicas de Saúde de referência nos territórios de abrangência, com a inserção do/a profissional de Serviço Social na maioria dessas unidades.

A tabela de número 01 expõe o **quantitativo de profissionais entrevistados** para a concretização desse estudo em cada região de saúde da capital de Sergipe. Na primeira linha da tabela consta cada região de saúde de Aracaju, na segunda o número total de assistentes sociais em cada região e, na última, quantos profissionais participaram dessa pesquisa em cada localidade.

Tabela 01 - Quantidade de profissionais entrevistados por regiões

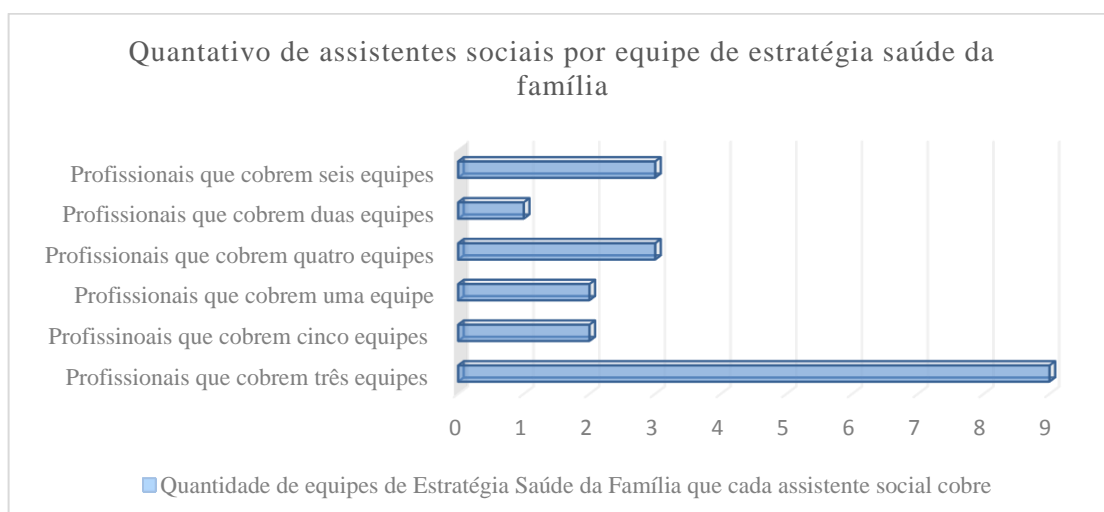
REGIÕES	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
Nº Total de Assistentes ⁴⁷ Sociais	06	06	05	06	05	03	05	02
Quantidade de Assistentes Sociais Entrevistadas	03	03	03	03	01	03	03	01

Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

Enfatiza-se que com relação ao *lôcus* das entrevistas, a maioria quantificou 03 (três) assistentes sociais por região, contudo, tendo em vista os desfalques temporários ou permanentes de profissionais decorrentes de aposentadorias, afastamentos por motivo de saúde, entre outros, em 02 (duas) USFs não se obteve igual quantitativo de entrevistas.

Ressalta-se que, inicialmente, o número de entrevistadas seriam 03 (três) por regiões, o que totalizaria 24 (vinte e quatro) profissionais, porém, em 02 (duas) regiões, como já assinalado, não foi possível a realização das entrevistas, finalizando-se com uma amostra de 20 (vinte) trabalhadoras. A pesquisa contemplou o quantitativo geral das regiões de saúde com no mínimo uma⁴⁸ assistente social representante de cada região de saúde.

No que se refere ao **quantitativo de assistentes sociais por equipes** nas USFs, identificou-se uma assimetria nessa relação, observa-se diferentes números de equipes por assistentes sociais.

Gráfico 01 - Quantitativo de assistentes sociais por ESF

Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

⁴⁷ Conforme dados obtidos por intermédio de contato informal com a Responsável Técnica (RT) do Serviço Social na Rede Primária de Saúde de Aracaju-SE referente ao quantitativo de assistentes sociais por região no período de realização da pesquisa.

⁴⁸ Utiliza-se a palavra feminina na análise desse estudo por contemplar apenas mulheres nas entrevistas.

O gráfico 01 demonstra que a maioria das profissionais atuam em coberturas assistenciais⁴⁹ com 03 (três) equipes, porém identificou-se assistentes sociais que cobrem até 06 (seis) ESFs, o que sinaliza uma desigualdade na distribuição do número de equipes por trabalhadora.

Observa-se uma disparidade ainda maior quando se verifica que alguns/mas profissionais do Serviço Social prestam assistência a 01 (uma) equipe, enquanto outros/as assistem 06 (seis) equipes. O que demonstra uma necessidade de rever esse número de distribuição dos/as profissionais e de requisição de mais assistentes sociais por meio de concurso público, no sentido de garantir melhores condições de trabalho dos/as profissionais e a oferta de um atendimento com mais qualidade para os/as usuários/as.

Os depoimentos das entrevistadas revelam questionamentos sobre essa divisão desigual, o que gera uma sobrecarga de trabalho, levando-as a priorizar atendimentos, pois não conseguem atender algumas requisições dos/as usuários/as devido à alta demanda. Conforme pode-se visualizar nas falas a seguir:

Quando as equipes têm algum problema, principalmente alguma questão social, eles buscam ajuda do Serviço Social e o Serviço Social só tem (01) um profissional na unidade de saúde para atender a (05) cinco equipes e todo o território, o médico tem a área dele definida, o enfermeiro tem a área definida, mas o assistente social tem que atender todo o território e todas as equipes (ASSISTENTE SOCIAL 05).

Não é algo que impede, mas poderia melhorar. Eu tenho algumas coisas que eu priorizo mesmo, até na questão da relação da Educação. Sou sozinha para ficar aqui com seis equipes, muitas vezes tem ações com a Educação; às vezes eu priorizo estar aqui para fazer algumas outras coisas (ASSISTENTE SOCIAL 12).

No que diz respeito ao **perfil das profissionais entrevistadas**, os dados obtidos contribuem com o debate a ser realizado posteriormente sobre a atuação dos/as assistentes sociais na perspectiva da intersetorialidade e aponta aspectos importantes das trabalhadoras que podem expressar rebatimentos na dinâmica profissional do contexto atual.

⁴⁹ Cada profissional da Unidade Básica de Saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem) faz parte de (01) equipe, a qual tem responsabilidade sobre uma determinada área e deve assistir os moradores que residem nesse território. Porém, se a unidade houver irão assistir todas as áreas que todas as equipes dão cobertura, diferentemente do médico e do enfermeiro que têm mais de uma equipe, os/as assistentes sociais têm responsabilidade apenas por uma área.

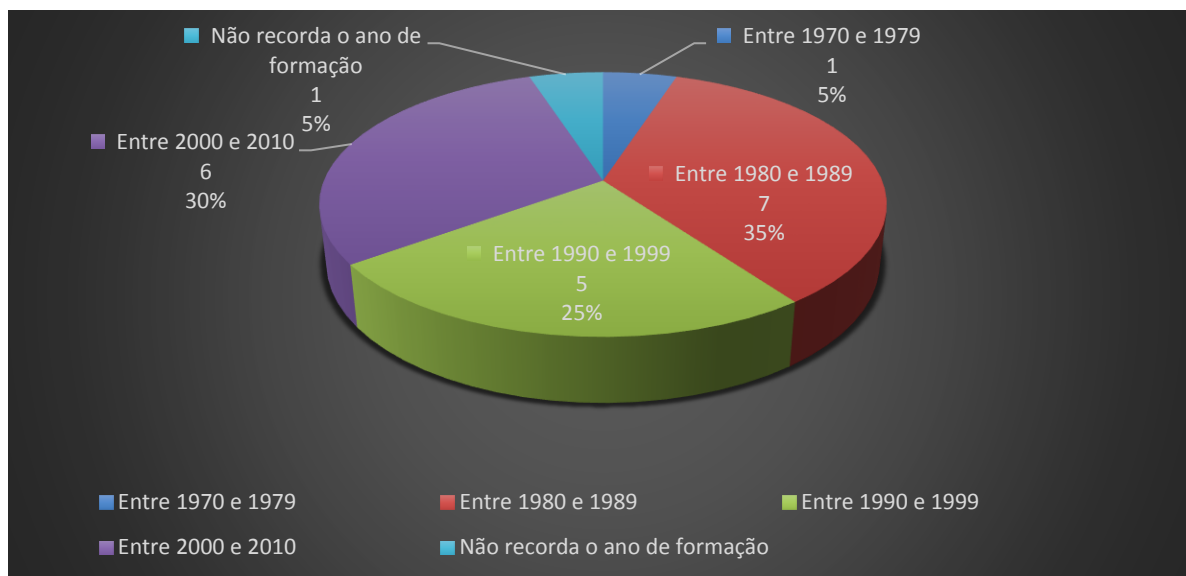
Gráfico 02 - Idade das profissionais

Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

Quanto à **idade das profissionais** infere-se no gráfico 02 que a maior parte das assistentes sociais entrevistadas possuem entre 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos. Em seguida o maior número é de profissionais entre 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade.

A totalidade da amostra da pesquisa é do sexo feminino, o que ratifica um fator já reconhecido dentro da categoria, pois esse dado perpassa a profissão desde a sua gênese e mantém-se nos últimos anos, conforme o documento do CFESS: *Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional* (2005). Dentro desse estudo sobre o perfil desses profissionais no país há a prevalência feminina, com 97% de mulheres na categoria. O Serviço Social, no rol das denominadas “profissões femininas”, está imerso na marca socialmente construída sobre a mulher, o que para Iamamoto (2000) reverbera nas discriminações que são impostas pelo mercado de trabalho.

Com relação ao **ano de formação**, registrou-se, conforme gráfico 03, que as conclusões dos cursos de graduações foram até o ano de 2010, concentrando-se um maior número entre as décadas de 1980 a 2010, o que evidencia a presença maior de profissionais que passaram por um processo de formação em que as discussões em torno do Serviço Social e ruptura com o conservadorismo estavam em evidência, bem como o processo de criação e operacionalização das ações do SUS.

Gráfico 03 - Ano de formação

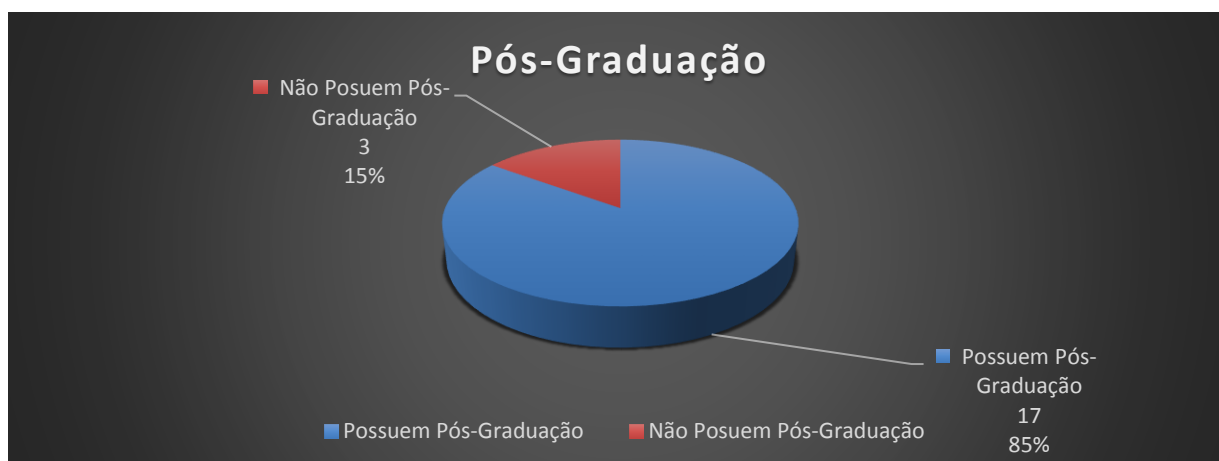
Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

Outro fator histórico relevante para a formação profissional que coincidiu com o período de conclusão do curso da maioria das entrevistadas, conforme exposição no gráfico 03, foi o projeto curricular de 1982, o qual foi definido como currículo mínimo e reconhecido como uma das manifestações mais relevantes nos últimos anos do processo de renovação e formação profissional dos/as assistentes sociais (ABESS; CEDEPSS, 1996a).

Com a revisão curricular de 1982 houve uma superação na formação dos/as assistentes sociais, até então baseada na relação do tripé: caso, grupo e comunidade. Assim, conforme relata Iamamoto (2014), essa mudança na formação profissional estabeleceu a sua matriz de ensino nas “ementas voltadas para História do Serviço Social, Teoria do Serviço Social e Metodologia do Serviço Social, além do estágio supervisionado” (IAMAMOTO, 2014, p. 614).

No ano de 1996 foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e a Lei nº 9394, que normatizou e ofertou as Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social (ABESS; CEDEPSS, 1996b). Essas mudanças significaram uma superação da visão a-histórica e técnico-burocrática que historicamente perpassaram a atuação dos/as assistentes sociais, tendo como referencial uma formação crítica, propositiva mediante as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política.

Apreende-se que a maior parte das assistentes sociais entrevistadas concluíram a sua formação em um período em que as discussões em torno do fazer profissional estavam em plena expansão e com alterações que impactam a formação do sujeito social no que diz respeito à sua capacidade crítica de análise dos processos sociais numa perspectiva de totalidade.

Gráfico 04 - Quantidade de profissionais que possuem pós-graduação

Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

A respeito da **atualização profissional**, o gráfico 04 sinaliza que 17 (dezessete) possuem pós-graduação, o que revela um dos compromissos do profissional com a formação como um processo contínuo, o que consequentemente contribui para a qualidade dos serviços prestados à população. Ressalte-se que esse posicionamento se encontra respaldado com as orientações do Código de Ética Profissional de 1993, que em seus princípios, deveres e direitos pontua a necessidade do “compromisso com o constante aprimoramento intelectual” (BRASIL, 2012a, p. 24).

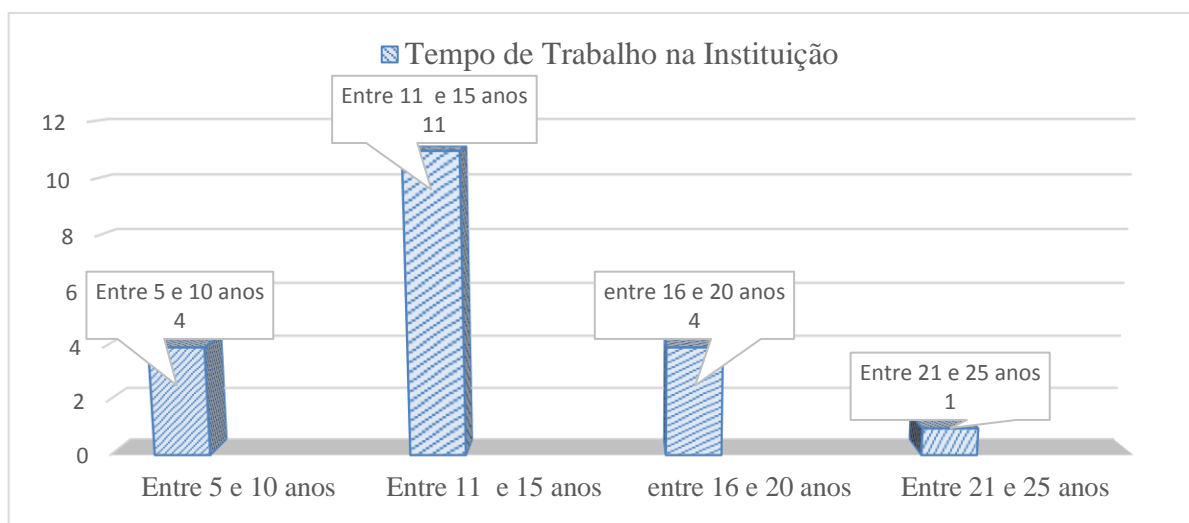
No que concerne ao **vínculo profissional**, as assistentes sociais estão lotadas na Secretaria Municipal de Saúde, especificamente na Rede de Atenção Primária do município e atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Verificou-se que o conjunto da amostra das entrevistadas mantém vínculo empregatício na modalidade de estatutárias⁵⁰ com cargo público de provimento efetivo com a Prefeitura Municipal de Aracaju-SE.

Com relação ao **tempo de atuação na instituição**, a maior parte das profissionais tem entre 11 (onze) e 15 (quinze) anos de atuação. A relevância desse dado reside na concepção de que a atenção básica deve atuar a partir de princípios que preconizam a continuidade do cuidado e o vínculo com o/a usuário/a, visto que a USF deve ser a porta de entrada preferencial do/a usuário/a no SUS.

⁵⁰ De acordo com o site oficial da prefeitura de Aracaju, o último concurso para o cargo de assistente social na saúde pública de Aracaju ocorreu no ano de 2008, consoante edital nº 1, de 11 de janeiro de 2008. Ressalta-se que as últimas assistentes sociais efetivas foram inseridas nas USFs de Aracaju por intermédio desse edital, porém até o corrente ano não houve mais seleção por meio de concurso público para cargo efetivo, apenas inserção de assistentes sociais nas USFs por intermédio de processo seletivo para contratação temporária, conforme o recente edital nº 01, de janeiro de 2020. Cf.: <<https://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=67968>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

Outro dado significativo que é extraído a partir dessa última informação tem relação com a inserção de profissionais na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju-SE, uma vez que nos últimos anos não se realizou concurso público para suprir a alta demanda mediante o crescimento do número da população que necessita acessar as políticas sociais, tendo em vista o aumento das expressões da questão social, bem como de aposentadorias e demais afastamentos dos trabalhadores/as.

Gráfico 05 - Tempo de trabalho na instituição



Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

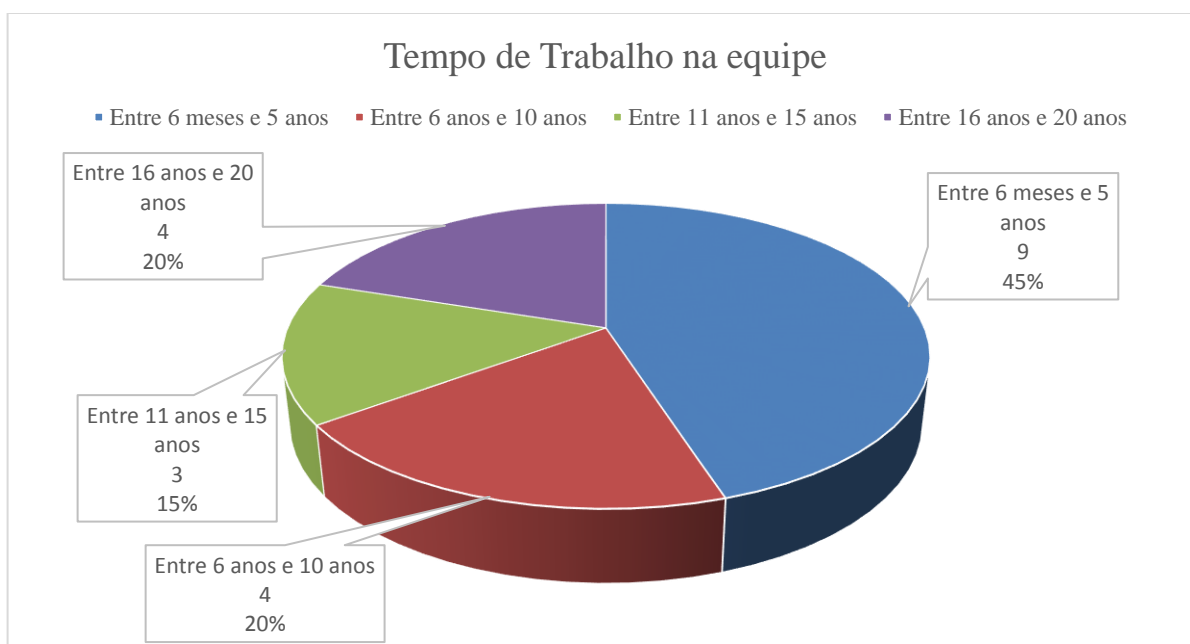
No tocante ao **tempo de trabalho na equipe atual**, majoritariamente, as profissionais atuam entre 06 (seis) meses e 05 (cinco) anos, no entanto, o maior número é de entrevistadas que atuam entre 06 (seis) e 10 (dez) anos, com relatos que trabalhavam em outras instituições vinculadas à saúde: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento, dentre outras.

Esses dados também têm relação com o anterior. Conforme já sinalizado a atenção primária deve ser o contato preferencial dos/as usuários/as com o sistema de saúde, bem como o processo de trabalho deverá estar em conformidade com alguns critérios: “jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado” (BRASIL, 2017, s/p).

Isto posto, o profissional que atua em um maior tempo em determinado território, possivelmente conhece melhor a comunidade, as suas fragilidades e potencialidades e,

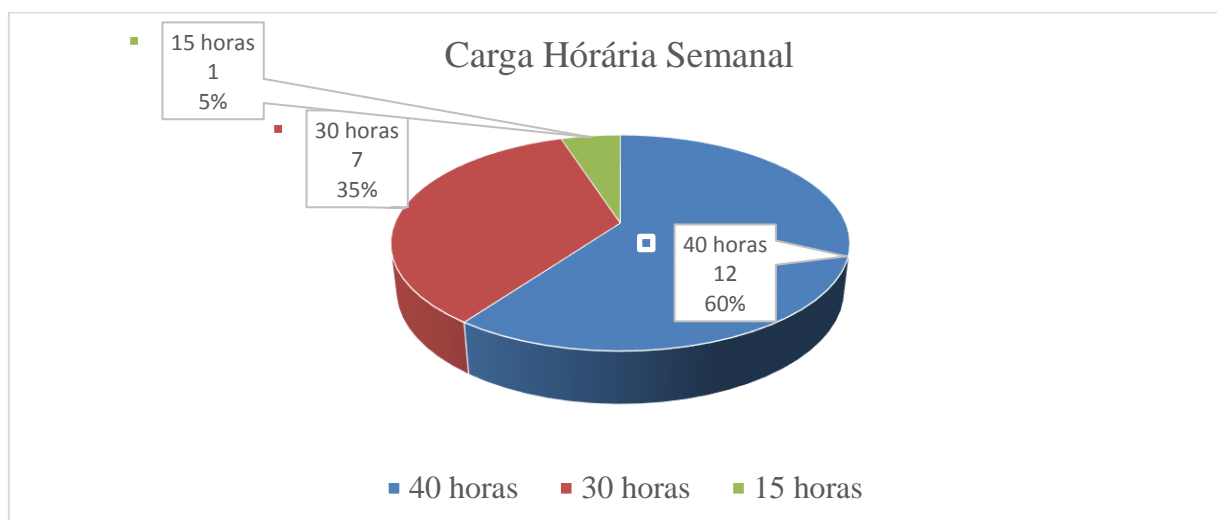
consequentemente, possui vínculos mais fortalecidos nesses espaços. Por representar um maior número de assistentes sociais que atuam há mais tempo nas equipes, ressalta-se a importância dessa afirmação, visto que prevê maiores possibilidades de vínculos com os/as usuários/as e com a equipe, conforme preconiza a PNAB.

Gráfico 06 - Tempo de trabalho na equipe



Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

No que diz respeito à **carga horária das trabalhadoras**, os dados demonstram que a maioria trabalha 40 (quarenta) horas semanais. No entanto, várias profissionais que atuam com carga horária de 30 (trinta) horas estavam em processo de alteração para 40 (quarenta) horas, tendo em vista a necessidade de complementação salarial. Ressalta-se que apenas uma servidora tem redução de carga horária para 15 (quinze) horas semanais, pois tem filho com deficiência e a lei assegura esse direito.

Gráfico 07 - Carga horária semanal

Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

Cabe destacar que o/a assistente social possui respaldo na Lei nº 12.317/2010, que complementa a lei que regulamenta a profissão, de nº 8662/1993, a qual estabeleceu a carga horária de 30 (trinta) horas semanais para esse profissional. Essa conquista deve ser reafirmada diariamente em todos os espaços sócio-ocupacionais, pois foi fruto de uma luta coletiva, uma vez que algumas categorias da área da saúde ainda lutam para a concretização desse direito, conforme descreve Ivanete Boschetti:

Não se pode esquecer que o movimento sindical brasileiro luta pelo estabelecimento de quarenta horas semanais em um país onde a jornada ainda é de quarenta e quatro horas, e que apenas seis profissões da área da saúde já possuem jornada igual ou inferior a trinta horas semanais (médicos, auxiliares laboratorista e radiologista, técnicos em radiologia, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais). Outras sete profissões possuem projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional para redução da jornada de trabalho (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, farmacêutico, nutricionista, odontólogo e psicólogo). A conquista dos(as) assistentes sociais, portanto, é para ser registrada, contada, cantada, comemorada e defendida a cada dia e em todos os dias pelo Serviço Social brasileiro (BOSCHETTI, 2011, p. 567).

No entanto, no presente estudo observou-se que 60% das profissionais cumprem uma carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, conforme exposição no gráfico 07. Vale destacar que as profissionais entrevistadas se queixaram da sobrecarga de trabalho e do número reduzido de profissionais para atendimento às inúmeras demandas sociais, fatores esses que serão discutidos nos próximos tópicos, mas que também influenciam na solicitação de aumento da

carga horária de trabalho, pois alegam que em 30 (trinta) horas semanais apenas uma assistente social não consegue suprir as requisições da população, sobretudo nas unidades que contam com um número maior de equipes.

Desse modo, os dados expostos são relevantes nessa pesquisa por considerar que esses condicionantes incidem diretamente nas condições de trabalho as quais estão submetidas as entrevistadas, bem como no desempenho dessas trabalhadoras, tendo em vista as condições objetivas das particularidades dos ambientes sócio-ocupacionais. O próximo capítulo discutirá sobre a atuação dessas profissionais frente às demandas intersetoriais que se apresentam no cotidiano das suas relações de trabalho no contexto contemporâneo.

4 A ATUAÇÃO INTERSETORIAL DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NAS USFS DE ARACAJU

Este capítulo apresenta a análise relacionada aos resultados da pesquisa, realizada com as assistentes sociais das USFs de Aracaju-SE sobre as ações intersetoriais no âmbito da política de saúde, com ênfase nos desafios e nas potencialidades para a efetivação da intersectorialidade na atual conjuntura.

4.1 A estratégia da intersectorialidade nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju

A literatura demonstra que o termo intersectorialidade não apresenta uma definição com exatidão, evidencia-se que há uma orientação maior de direcionar o conceito à superação da setorização, mas também salienta a intersectorialidade como “articulação, soma, síntese, unidade, rede” (PEREIRA, 2014, p. 26).

Desse modo, o referido termo possui imprecisões e semelhanças de significados, o que possibilita várias interpretações decorrentes das diversas alternativas de empregos e acepções. A variedade das análises está relacionada, principalmente, nos seguintes direcionamentos: a áreas da gestão pública, o debate da interdisciplinaridade⁵¹ para a sua análise e a discussão ligada à integralidade.

Há segundo os estudiosos uma polissemia acerca da temática, o que implica seu tratamento a partir de variáveis diversas. Alguns autores a relacionam com a gestão pública, articulando-a a outra estratégia de gestão, qual seja a descentralização. Outros por sua vez introduzem o conceito da interdisciplinaridade para melhor compreendê-la. Há ainda aqueles que investigam a intersectorialidade a partir do paradigma da promoção da saúde e do princípio da integralidade ou mesmo tendo como cotejo a concepção de pobreza (CAVALCANTI; MACEDO, 2015, p. 41).

Ressalte-se que ao definir o conceito de intersectorialidade, as entrevistadas apresentaram uma definição de articulação entre as diversas políticas ou instituições, que se fazem necessárias

⁵¹ A interdisciplinaridade apresenta uma série de conceitos, dentre eles, afirma-se que é “um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados a construção de novas habilidades de pensar e agir em saúde” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 06-07). Desse modo, decorre de articulações entre as disciplinas profissionais com o objetivo de atender os/as usuários/as na perspectiva de um atendimento integral das suas necessidades a partir de um trabalho conjunto entre os membros da equipe.

para o atendimento das demandas dos/as usuários/as: “intersectorialidade seria a articulação com as outras políticas públicas; nossa articulação, a partir da política de saúde, acionando outras de acordo com cada demanda e necessidade: Segurança Pública, Educação, Assistência Social” (ASSISTENTE SOCIAL 17).

Nessa perspectiva, reafirmaram nas falas a importância dessa estratégia na garantia do direito à saúde e do acesso às demais políticas sociais com o objetivo de atender a população usuária de maneira integral.

A intersectorialidade passa pela discussão dos problemas das demandas que chegam pra gente, de forma que damos uma resposta integral a cada situação. Essa relação que fazemos com os demais serviços para dar resposta aos usuários dentro das nossas políticas públicas, dentro do que dispomos de recursos, no Estado ou mesmo fora, através das ONGs. É toda relação que mantemos com outros serviços para buscar as respostas para os usuários (ASSISTENTE SOCIAL 16).

Nessa direção, o conteúdo das falas das entrevistadas aproxima-se da concepção de intersectorialidade apresentada por Yazbek (2014), a qual parte de uma perspectiva de articulação entre as políticas e as necessidades dos/as usuários/as.

A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas. Supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população (YAZBEK, 2014, p. 98).

No entanto, outras profissionais definiram a ação intersectorial de uma forma mais aproximada com o debate da interdisciplinaridade, com afirmações que referenciavam o trabalho intersectorial como uma articulação com as demais categorias da unidade de saúde a qual atua.

Cabe ressaltar que apesar da maioria das assistentes sociais conseguir conduzir a discussão da definição sobre intersectorialidade como uma interlocução entre as políticas, outras entrevistadas apresentaram os seguintes entendimentos: “acho que é algo em equipe, algo em conjunto. Deve ser mais completo, mas a grosso modo é mais ou menos isso. Entendo como algo de intersetores, algo conjunto, coletivo” (ASSISTENTE SOCIAL 11). “A união de todos da equipe, a integração entre as equipes e os profissionais da unidade de saúde. O trabalho em equipe, em conjunto” (ASSISTENTE SOCIAL 13).

De acordo com Mariano (2016), rotineiramente, a literatura ressalta a análise de intersectorialidade ligada à interdisciplinaridade, exemplificando dentre alguns autores que reafirmam esse posicionamento: Junqueira (2000), Monnerat e Souza (2011) e Pereira (2014). Além de compreender que a interdisciplinaridade e a intersectorialidade possuem características partilhadas, Pereira (2014), exemplifica o prefixo “inter” como um dado comum entre as duas nomenclaturas, dentre outras aproximações que perpassam os significados dos dois termos.

Entretanto, a palavra disciplina é definida por Pereira (2014, p. 36-37) como “domínio especializado do saber [...] que tende a ficar cada vez mais confinado a um recorte da realidade quanto mais essa realidade se torna complexa e mutável e amplia a cadeia de fatos a serem conhecidos e cientificamente controlados”; já na intersectorialidade, “os denominados ‘setores’ que devem se interligar, não são propriamente ‘setores’, mas políticas particulares, ou especiais, com seus movimentos concretos e contradições específicas, porém dotadas de problemáticas e lógicas em comum” (PEREIRA, 2014, p. 36-37).

Dito isso, afirma-se que enquanto a interdisciplinaridade é direcionada à relação entre as diferentes disciplinas, a intersectorialidade é voltada às conexões entre as diversas políticas. Por seu sentido aproximado e características em comum, identifica-se que na concretização dessa pesquisa algumas entrevistadas apresentaram uma discussão da intersectorialidade, exemplificando ações interdisciplinares.

Aqui é bem tranquilo assim, não tem nenhum problema não. Os outros profissionais daqui quando detectam algo que tem a ver com o Serviço Social eles me contactam facilmente, batem na porta ou encaminham; há discussão de casos, aqui é bem tranquilo. Não tenho problema com isso não (ASSISTENTE SOCIAL 11).

Desse modo, é possível observar uma confusão conceitual entre os termos intersectorialidade e interdisciplinaridade, porém o maior número de assistentes sociais conseguiu apresentar uma definição que coaduna com algumas explicações de autores que dialogam sobre o tema.

Com referência à **materialização da intersectorialidade**, as profissionais queixaram-se da fragmentação da rede, o que enfraquece as estratégias intersectoriais, bem como explicaram de que forma as ações intersectoriais são realizadas nas unidades que atuam, conforme apresenta-se nas discussões que se seguem.

No que diz respeito à fragilização da rede apontada pelas entrevistadas, verbalizaram que não há uma estruturação da intersectorialidade e, conseqüentemente, as ações ocorrem de forma pontual e fragmentada a partir de conhecimentos e vontades individuais:

A nossa rede é muito fragilizada, então a intersectorialidade ocorre mesmo através de contatos pessoais com pessoas de outras instituições. Não existe uma estruturação que seja capaz de você transitar por todas essas outras áreas sem esse contato prévio. A rede não está estruturada para esse fluxo, então termina que a gente conhece alguém do CREAS, ou do Conselho Tutelar, vamos fazendo essas ligações (ASSISTENTE SOCIAL 18).

Nós entramos em contato com a rede, né? Essa rede poderia estar funcionando melhor, mas tá uma rede muito fragmentada, aliás essa rede de intersectorialidade sempre foi muito fragmentada e tá piorando cada dia mais porque está havendo um desmonte das políticas sociais e das instituições como um todo. Então está uma comunicação muito fragmentada, a gente tem que usar o nosso telefone, a gente tem que usar amizades, conhecimentos para poder dar resolutividade a algumas questões dos usuários. Se você não tiver conhecimento, nós, por exemplo, criamos na secretaria de saúde um grupo de WhatsApp, onde uma fica socorrendo a outra nas diversas questões, porque essa rede sempre foi fragmentada e está pior ainda e algumas instituições perdendo espaços, sendo desmontadas, né? Ocorre mais por intermédio de amizades, conhecimentos, ajuda mútua entre os profissionais, na verdade, nós criamos uma rede de solidariedade e se nós formos depender das instituições a gente não dá resolutividade às questões sociais (ASSISTENTE SOCIAL 01).

A última citação da entrevistada retoma um discurso apresentado em um dos momentos de construção dos protocolos do Serviço Social na rede primária à saúde de Aracaju, que já apresentava a proposta de “uma rede de solidariedade” com a finalidade de articular as diversas Secretarias Municipais para a ação intersectorial, conforme discussão no capítulo 3. Entretanto, é necessário refletir sobre esse discurso de rede solidária para o Serviço Social, entendendo que conforme sinaliza Yazbek (2012), a experiência brasileira do período colonial, bem como da escravidão vivenciada por longos anos, responsabilizou historicamente os/as trabalhadores/as por sua própria manutenção, o que culminou em filantropias, ações relacionadas às igrejas, bem como redes de solidariedade. Desse modo, vale considerar que mesmo nos dias atuais:

Permanecem na política social brasileira concepções e práticas assistencialistas, clientelistas, “primeiro-damistas” e patrimonialistas. Observamos na rede solidária a expansão de serviços a partir do dever moral, da benemerência e da filantropia que em si mesmo não realizam direitos (YAZBEK, 2012, p. 310).

Observa-se nas falas das entrevistas que a concepção de intersectorialidade ligada ao conhecimento entre as pessoas e a ausência de uma estruturação da política voltada para as ações intersectoriais em âmbito municipal foi apresentada pelos gestores da rede de saúde de Aracaju em uma pesquisa realizada no ano de 2009:

Na realidade, não existe esse fórum ou núcleo de gestores, ou qualquer coisa. O que existe é o prefeito e seus secretários... Agora, a interação que vejo aqui é um grande passo à frente, um grande salto de qualidade no contexto geral, é a grande harmonia entre todas as secretarias e a grande felicidade de nos relacionarmos com todas as demais secretarias [...]. Para que se tenha um nível de conhecimento de mais de 80% daquilo que a comunidade procura é que interagimos com as outras secretarias [...]. Fazemos essa interação com a maior naturalidade, assim que o outro colega solicita, sem necessidade de um fórum específico (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009, p. 453).

Dessa forma, verifica-se uma ausência de uma estruturação mínima que oriente os/as profissionais com relação às ações intersectoriais no município de Aracaju-SE, o que certifica nas falas são condutas por intermédio de “boa vontade”, conhecimentos e favoritismos. O que dificulta a concretização da política, visto que os/as profissionais podem ser substituídos e a continuidade das ações intersectoriais fica à mercê dessas comunicações informais, as quais representam ações específicas de determinados/as trabalhadores/as, que utilizam a estratégia intersectorialidade a partir das relações de amizades, conforme outra fala na entrevista realizada em 2009:

Ao avaliar as ações intersectoriais entre saúde e educação, a coordenadora de projetos socioeducativos da SME destacou que não há dificuldades, pois além de constituírem duas instituições da mesma esfera (municipal), há relação de amizade no âmbito pessoal, o que facilita o trabalho intersectorial (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009, p. 455).

Diante desse contexto, pode ser identificada a ausência de estratégias intersectoriais contidas em um nível macro da política municipal na rede de Aracaju e, conseqüentemente, desestruturação, descontinuidade e ausência de fluxos e processos de trabalho direcionando as ações dos/as profissionais que atuam principalmente na política de saúde. Assim, apresenta uma deficiência nas ações intersectoriais no âmbito municipal, revelando necessidades tanto pelos/as profissionais quanto pelos/as gestores de repensarem sobre essa prática conjuntamente para que possam estudar e elaborar estratégias que reafirmem e concretizem uma estruturação melhor, objetivando a materialização da intersectorialidade. Por não possuir um projeto intersectorial que

insira toda a gestão municipal, as ações intersetoriais apresentam fragilidades, pois para o seu fortalecimento é necessário que não aconteça apenas por iniciativa de um setor, um programa ou um profissional, mas que a sua consolidação esteja vinculada à agenda da gestão municipal. Dito isso, observa-se diante das entrevistas com as assistentes sociais das unidades básicas de saúde, que as ações intersetoriais em Aracaju ocorrem na esfera individual, no entanto, para ser uma política intersetorial necessitaria que se materializasse na esfera institucional.

Paula, Palha e Protti (2004) afirmam que “esta dificuldade de perceber a intersectorialidade como um recurso institucional e não particularizado da equipe de saúde remete a um movimento pendular, em que o pêndulo sempre voltará ao mesmo ponto de partida quando novos problemas surgirem” (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004, p. 341). Assim, em decorrência da inexistência de um fluxo que delimite e estruture esse trabalho articulado entre as diferentes políticas, essas intermediações ocorrem de diferentes maneiras, nos diversos espaços sócio-ocupacionais.

Essa concepção de materialização da intersectorialidade na esfera individual fica mais complexa quando se observa que os cargos de gestão são alterados com as mudanças de governo, com a descontinuidade da estratégia da intersectorialidade, pois não é um direcionamento de âmbito municipal, mas que ocorre a nível individual dos/as trabalhadores/as, conforme salienta uma das entrevistadas:

Mudam os governos a cada quatro ano e mudam o governo, muda o modelo de atuação mesmo sendo a mesma política e tem a ver também com conjuntura, como a conjuntura muda muito, a gente vai fazer é... Estratégias diferente, isso dificulta muito o processo, por exemplo, a gente tá andando pra trabalhar a questão do lixo de uma forma mais ampliada e já está agregando outros setores, quando muda o governo, né? Muda tudo e é como se fosse tudo começar de novo e isso pra mim é a maior dificuldade nesses anos todos em Aracaju (ASSISTENTE SOCIAL 05).

Assim, conforme já elucidamos nesse estudo, a partir das falas das entrevistadas, as repercussões da ausência da estruturação da intersectorialidade nas políticas públicas da rede municipal de Aracaju dificultam o atendimento integral às demandas dos/as usuários/as. Uma vez que não há uma orientação dos fluxos, das ofertas de serviços e das estratégias para a materialização da intersectorialidade, ficando a cargo de cada profissional realizar essas ações de forma individual.

Assim, para que a gente possa compreender melhor os fluxos, porque é muito complicado os fluxos assim e às vezes acaba que a intersectorialidade fica

muito... Que eu acho que é por profissional, assim, a gente faz, mas a gente liga pra pessoa como se fosse alguém que “ah! essa pessoa que vai me ajudar”, então não é a instituição, é aquela pessoa que participa da reunião e que eu sei que vou conseguir alguma coisa com ela, então eu acho que ainda falta muito assim amarrar essa rede intersetorial, no sentido de ficar mais legítima, né? De que todo mundo saiba que é faz parte dessa rede intersetorial, né? E que não é só porque só você participa da reunião que eu vou conseguir através de você, que já é algum ganho, né? Porque às vezes a gente não conhecer quem trabalha nas outras instituições, o trabalho que faz nas outras instituições, acaba que dificulta, né? Então isso já é um ganho, mas eu acho que ainda a gente tem muito que andar nesse sentido assim, porque às vezes quando a pessoa não te conhece, aí ela não faz o que realmente faz parte da intersetorialidade assim, né? Então às vezes fica como favor, sendo que é algo que eu acho que é seu, então vamos lá, independe de eu lhe conhecer ou não, o que é que a saúde pode ajudar nessa situação desse usuário dentro da rede, né? Então às vezes é bem, bem complicado (ASSISTENTE SOCIAL 05).

Ao interrogar como essas profissionais materializam essas ações de iniciativas individuais no seu dia a dia de trabalho, a prevalência das respostas foi que a intersetorialidade é realizada principalmente por telefonemas, encaminhamentos, visitas institucionais e reuniões.

A gente tem aqui uma intersetorialidade muito boa com o CRAS, o CREAS, principalmente, que são os dois equipamentos da região que a gente tem mais um contato, sempre assim... Pessoalmente, através de encaminhamentos, ofícios, telefones, então a gente está sempre nesse contato com esses equipamentos. E aí a gente tem trabalho com a população, com a mesma população, então a gente faz atividade no CRAS, o CRAS também quando tem alguma coisa que necessite da unidade eles também solicitam, então é isso, a gente mantém um contato sempre direto ou através de encaminhamento mesmo, ou telefone ou pessoalmente (ASSISTENTE SOCIAL 09).

Aqui, mantemos contatos frequentes, sejam através do telefone, WhatsApp, reuniões, parcerias em atividades, tanto com o CRAS, Educação, com algumas instituições religiosas – independente da religião, sem preconceitos, também por visitas, temos inclusive um grupo intersetorial no WhatsApp, com participação da escola, conselho tutelar... Passamos um tempo tendo reuniões mensais, depois isso foi ficando raro. No momento estamos sem nos reunir, mas pretendemos voltar. Por exemplo, tem o grupo de gestantes que encaminhamos para o CRAS, e as enfermeiras e eu participamos de algumas reuniões, levando temas e profissionais de fora para dar palestras e realizar atividades. Esse grupo é interessante porque temos uma dificuldade de garantir a frequência⁵² por aqui, até por insumos; o CRAS tem os lanches, os benefícios eventuais e isso atrai muito e aumenta a frequência (ASSISTENTE SOCIAL 20).

⁵² A entrevistada falou sobre essa estratégia para a realização de atividades de prevenção durante o pré-natal em que as gestantes não são muito participativas nas atividades da USF, pois não há atrativos; já no CRAS há mais recursos para esse público, o que viabiliza uma maior participação das mulheres nas atividades de prevenção, por conta disso buscou essa articulação.

Diante dessa última fala, a entrevistada afirma a elaboração de parcerias com outras políticas na busca de uma adesão maior no acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, admite a dificuldade de condução de educação em saúde na USF e que utiliza estratégias de grupos preexistentes para fomentar a participação da comunidade, aponta que as parcerias junto com a política de assistência conseguiram vincular melhor as gestantes, unindo a política de saúde e da assistência no atendimento ao mesmo público.

Verifica-se que as ações realizadas pelas assistentes sociais na perspectiva da intersetorialidade estão interligadas às demandas pontuais, excepcionalmente algumas profissionais apresentaram caráter mais contínuo das ações, com intervenções realizadas na perspectiva de discussões de casos, com planejamento e em um direcionamento contínuo das ações, como por exemplo: as reuniões intersetoriais, que apenas 03 (três) entrevistadas relataram participar, no entanto, uma informou que nos últimos meses esse momento não estava acontecendo.

O cotidiano profissional dos/as assistentes sociais que atuam nas políticas públicas é demarcado por diversas dificuldades: ofertas de serviços fragmentados, políticas mínimas para as demandas da população, burocratização dos serviços, ausência de estruturas físicas, o que impacta no descumprimento do Código de Ética Profissional, uma vez que as instalações não oferecem condições para o sigilo profissional, com salas compartilhadas por vários/as funcionários/as, dificuldades de acesso à telefonia, transporte, material administrativo, redução do número de profissionais, entre outros. Cabe ressaltar que nesses espaços o profissional ainda é desafiado a pensar em propostas criativas em que mesmo com o mínimo ofertado pelas políticas, consigam atender algumas demandas da população.

Essa realidade contraditória dos serviços públicos vivenciada pelos/as assistentes sociais que atuam nas USFs de Aracaju-SE é exposta na presente pesquisa e apresenta vários entraves que comprometem a concretização das ações intersetoriais, o compromisso com o Projeto Ético-Político Profissional e com o projeto de Reforma Sanitária.

Ressalta-se que no contexto do SUS, embora o direito à saúde, garantido legalmente de forma integral, a implementação da política de saúde se apresenta com práticas que dificultam a efetividade de suas ações, com redução dos gastos sociais, redução dos direitos, agravados ainda mais pelas desigualdades existentes na sociedade capitalista e com ações preferencialmente curativas e individuais, desvinculadas das condições de vida da população (COSTA, 2010, p. 123).

Diante disso, a referida autora assinala que a realização de ações intersetoriais demanda algumas competências, como por exemplo: articular, conectar ações, objetivando práticas que coadunam com o projeto de Reforma Sanitária, com uma visão integral das necessidades dos indivíduos a partir da concretização de direitos. Todavia, observa-se que nos serviços de saúde a intersectorialidade tem sido realizada por intermédio de ações limitadas e vinculadas ao modelo médico hegemônico, com estratégias de ações curativas individuais (COSTA, 2010).

Os depoimentos das entrevistadas ratificam que esse direcionamento curativo e individualista das ações intersetoriais na rede municipal de Aracaju é verificado também em relação aos retornos dos casos, pois nem sempre são discutidos, bem como não têm devolutiva do que foi feito, como a situação ficou e que essa problemática decorre, principalmente, pela alta demanda dos serviços. Uma vez que algumas situações são esquecidas, o que reafirma ainda mais a descontinuidade das ações: “quanto a encaminhar para o CRAS, a gente encaminha, só não temos a contra referência, não tem o retorno; uma vez ou outra a gente fica sabendo, mas é tudo muito extraoficial” (ASSISTENTE SOCIAL 15). Dessa maneira, identifica-se no interior de diferentes falas a dificuldade de acompanhar os casos conjuntamente com as demais políticas, o que ratifica a fragilização da rede municipal de Aracaju no atendimento do/a usuário/a na perspectiva da integralidade:

Eu acho que ainda existe essa necessidade de uma articulação maior, assim, por exemplo, teve uma questão de abuso, aí a gente aciona o conselho tutelar, porque assim eu envio a notificação, mas eu também ligo porque quando a gente envia a notificação o processo lá demora um pouco, aí quando é um caso mais urgente, aí também ligo: “Olhe vai chegar um caso de uma notificação de um caso assim, mas precisa agir de uma forma mais rápida”, aí o pessoal vem. Mas o que acontece, às vezes, a demanda lá no conselho é muito grande, aí eles dão prioridade àqueles casos... Eu tô falando isso porque uma conselheira já me disse isso: “Não, é porque a gente está dando prioridade aos pedidos do Ministério Público”. Aí o que acontece, muitas vezes, elas passam por aqui, mas nunca pra discutir os casos, pra gente fazer junto, trocar [...] aí nunca tem essa interação mesmo dos casos, muitas vezes eles passam por aqui porque não encontraram o endereço, por exemplo, aí vem aqui, eu chamo o agente de saúde: “Oi, como é que chega lá na casa tal?”, aí eles orientam e pronto, aí a gente não sabe mais como é que está o caso, eles às vezes não dão continuidade, faz uma visita, faz duas, mas depois tem outros casos, entendeu? Então a minha dificuldade é essa mesma, da interação com outras instituições mesmo. Os casos se perdem, já teve casos da gente notificar e quando o conselho chegou para atuar as coisas já tinham resolvido por si só (ASSISTENTE SOCIAL 02).

Observa-se que essas práticas foram explicitadas de forma recorrente na presente pesquisa, que ao dialogar sobre a realização das ações intersetoriais pontuaram situações

limitadas a ações individuais e pontuais de encaminhamentos. As referidas intervenções reduzidas a meros encaminhamentos das ações, sem diálogos e sem continuidade do acompanhamento expressam “um trabalho ainda restrito ao espaço da micropolítica do processo de trabalho em saúde, basicamente orientações, encaminhamentos e/ou articulações” (COSTA, 2010, p. 221).

No tocante ao entendimento sobre a importância das estratégias intersetoriais para a população, as assistentes sociais afirmaram, em sua maioria, que as principais contribuições da intersetorialidade para a comunidade na qual atuam é o acesso a direitos.

Então o que ganha é de acesso aos direitos, que é muito desconhecido pela população, então aqui a gente tem um índice muito grande de pessoas analfabetas ou semialfabetizadas que chegam aqui pra atendimento e me pedem pra ver o nome na identidade, pra ver se o nome dela é dos Santos ou só Santos ou se o nome dela é só o apelido que chamam ela a vida toda, porque ela se confunde, que não sabe como escrever o nome do filho na hora de emitir a certidão de nascimento... Só pra você ter uma ideia do que aparece aqui, então é muito difícil essas pessoas entenderem. Por exemplo, o NIS dá direito à inscrição e tentativa de isenção no concurso público, no ENEM, em não pagar aquela prestação para ela tentar mudar de vida, mediante ingresso na faculdade, na universidade, então elas não entendem e quando a gente encaminha para a pessoa que é aquela que vai fazer o cadastro, que vai fazer todo o atendimento que não pertence mais à nossa área técnica, aquilo ali abre portas pra ela também, então esse é um momento que eu acho muito rico, fazer com que as pessoas tenham de fato a posse sobre suas vidas e sejam preparadas para ter autonomia e seguir. Mas isso só com conhecimentos específicos de cada órgão de cada instituição. Eu nunca vou passar tudo que a assistente social do INSS tem, então quando a gente encaminha e a pessoa é acolhida, os direitos dela são... Não são garantidos, mas tem acesso à tentativa, né? De obtê-los (ASSISTENTE SOCIAL 04).

Como essas ações intersetoriais são feitas de forma mais completa, ao invés de partes, de modo que as necessidades do usuário são vistas de forma geral, como um todo, não apenas em uma única necessidade – não apenas de saúde, porque envolve outras questões também, como desemprego, enfim. Quando o usuário é atendido de modo que há a possibilidade de conversamos com outras políticas, ele vai ser atendido nessa necessidade geral. E há uma grande possibilidade de se ter êxito nesse atendimento desse usuário, desse cidadão; ele tem uma série de questões pendentes e de direitos que precisamos ver como um todo, a integralidade. Então a contribuição mais forte é esse atendimento de forma integral (ASSISTENTE SOCIAL 17).

As respostas das entrevistadas revelaram um entendimento sobre a importância das ações intersetoriais na vida da comunidade. Observa-se que de uma forma geral as assistentes sociais dialogaram nesse sentido, afirmaram o acesso aos direitos como uma das contribuições

que, conseqüentemente, favorece o atendimento às necessidades dos sujeitos de uma maneira mais ampliada.

O/a assistente social atua tanto nas demandas individuais da população, quanto nas demandas coletivas, conforme Brasil (2012a), que assinala como competências do assistente social: “encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (BRASIL, 2012a, p. 45).

Esse profissional tem como matéria prima do seu trabalho a questão social e lida diretamente com as suas expressões nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Dentro desse debate, o próximo item irá discutir sobre as intervenções dos/as assistentes sociais na materialização da intersectorialidade.

4.2 A prática profissional dos/as assistentes sociais na ação intersectorial

O/A profissional de Serviço Social contribui com o acesso dos/as usuários/as aos direitos conquistados historicamente e atuam nas mais diversas expressões da questão social, bem como nas diferentes políticas sociais. Dito isso, tem-se reafirmado diariamente nos diferentes espaços esse compromisso de orientações aos cidadãos com relação aos seus direitos e os meios de obtê-los.

Os assistentes sociais vêm, em muito, contribuindo, nas últimas décadas, para a construção de uma cultura do direito e da cidadania, resistindo ao conservadorismo e considerando as políticas sociais como possibilidades concretas de construção de direitos e iniciativas de “contra-desmanche” nessa ordem social injusta e desigual (YAZBEK, 2009, p. 188).

Ao considerar o/a usuário/a na perspectiva do direito, pressupõe uma ação que percebe o indivíduo no sentido mais amplo, observando-se as variadas privações que esses sujeitos apresentam e as complexidades da vida social. Essas intervenções não são consideradas um processo simples e aleatório, mas demandam variadas ações para além do setor da saúde.

Vale considerar que de acordo com Behring e Boschetti (2011), a concepção de direitos apresenta limites e possibilidades visto que na sociedade capitalista os direitos amenizam desigualdades, mas não são capazes de acabar com as determinações desse sistema que geram essas desigualdades. Mesmo diante dessa dualidade, não devemos anular as contribuições que

os direitos sociais trazem para a classe trabalhadora, entretanto, “reafirmar direitos e políticas sociais no âmbito do capitalismo e lutar por eles, tendo como projeto uma sociedade justa e igualitária, não significa contentar-se com os direitos nos marcos do capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 195).

A intersectorialidade é observada pelas entrevistadas como uma possibilidade de permitir que os sujeitos atendidos pela política de saúde acessem outras políticas, que sejam capazes de atender às suas necessidades e contribuir para o atendimento na perspectiva da integralidade.

Conforme Schutz (2009) dialoga em sua pesquisa, umas das contribuições que o Serviço Social oferta à discussão da intersectorialidade baseia-se na concepção do indivíduo em sua totalidade, com uma perspectiva de sujeito de direitos, com necessidades diversas e que demanda um atendimento no sentido integral.

Ao adentrar sobre o debate do acesso a direitos apresentados pelas entrevistas como umas das principais respostas da intersectorialidade na vida da população, observa-se que essa discussão conforma com a questão da integralidade, na qual considera a importância do Serviço Social dentro dessa perspectiva.

Mioto e Nogueira (2009) mencionam que a intersectorialidade é compreendida como suporte estruturante da integralidade. Nesse sentido, o/a assistente social é visto como um profissional que atua na direção da integralidade, é apontado como um exemplo de profissional que exerce a função de elo orgânico entre as políticas públicas (SCHUTZ, 2009).

Ainda com relação à relevância das estratégias intersectoriais para a população, as trabalhadoras assinalaram que as ações intersectoriais possibilitam a melhoria da qualidade de vida e das demandas coletivas.

Então no conselho local a gente tem feito discussão que tem a ver com intersectorialidade, por exemplo, a gente vai fazer uma discussão de melhorar essa praça aqui da frente, que é uma praça abandonada que as pessoas colocam lixo e a gente quer fazer um espaço de práticas integrativas, aí com massoterapia, e a gente tem até um projeto que foi feito pelos agentes comunitários de saúde da unidade e esse projeto é para promover saúde da população e isso tem a ver com intersectorialidade, não tem como... E a gente trouxe ontem para o conselho local de saúde essa discussão: “Olhe a gente precisa abraçar junto porque é pra população daqui”. Aí eu acho que melhora a qualidade de vida das pessoas porque tem a melhoria do meio ambiente local e também que quando a gente trabalha com isso acaba empoderando a comunidade, a população, não sei se tem muito a ver, mas acho que é uma contribuição no sentido de eles perceberem e sentirem pertencentes a um espaço mais valorizado (ASSISTENTE SOCIAL 05).

Diminuição de doenças de veiculação ambiental e uma delas é a dengue, teve uma diminuição, porque aqui era um dos índices mais altos de infestação,

melhoria na paisagem do bairro, maior participação da comunidade em iniciativas como plantio de árvores... É muito amplo [...] melhoramos a qualidade de vida dos usuários a partir do momento que há também... Ela percebe que não está só, ela pode acionar outras políticas públicas que vai melhorar a qualidade de vida, sua rede de proteção, não é apenas o imediato; você não resolve apenas o problema imediato, vai ampliar isso aí, dar mais qualidade no atendimento quando você busca acionar a rede de proteção, as políticas públicas, incluí-la nos direitos dela (ASSISTENTE SOCIAL 10).

Quando interrogadas, se posicionaram sobre a relevância da intersetorialidade nas demandas individuais, mas também apresentaram necessidades coletivas da população que envolvem outras políticas e que interferem diretamente nos condicionantes e determinantes da saúde. Especificamente, 03 (três) assistentes sociais, sendo 02 (duas) de uma mesma região de saúde, apresentaram diversas demandas coletivas da população ligadas às seguintes questões: problemas com saneamento básico, lixo e alto índices de doenças relacionadas ao meio ambiente. Essas questões influenciam diretamente a saúde das pessoas e demandam intervenções conjuntas com outras instituições, que muitas vezes são apresentadas enquanto um problema individual e posteriormente poderá ser reconhecido como problemas coletivos. Com o envolvimento do meio ambiente e dos espaços coletivos da população, os quais interferem na saúde coletiva, aponta Junqueira (1998):

A intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1998, p. 15).

Diante dessa perspectiva, observa-se que as considerações sobre a relevância da intersetorialidade para a população coadunam com o SUS, o qual afirma um compromisso com o atendimento ampliado do sujeito, observando-se os fatores determinantes e condicionantes tanto a nível individual, como coletivo.

Esse destaque da intersetorialidade e a colaboração na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos expostos pelas assistentes sociais dessa pesquisa também foram retratados na tese de Franceschini (2019), quando pontua que a intersetorialidade é uma importante ferramenta na melhoria das condições de vida das pessoas e a saúde se destaca como um setor com uma posição favorável nessa orientação.

Uma vez que as condições em que as pessoas nascem e vivem – os determinantes sociais da saúde – encontram-se fora do alcance de atuação do setor Saúde, a colaboração intersetorial surge como uma das principais estratégias para abordar esses determinantes, destacando-se como uma nova proposta de trabalhar, governar e construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Nesse discurso, o setor Saúde posiciona-se como um ator chave na mobilização de outros setores para melhorar as condições de vida que afetam a saúde da população (FRANCESCHINI, 2019, p. 36).

Conforme discorre nesse trabalho, o profissional de Serviço Social atua diretamente nas expressões da questão social e segundo Monnerat et al (2014), para o enfrentamento do agravamento da questão social na perspectiva do direito, exige-se a execução de uma rede de proteção social, que realize estratégias de integração a partir de uma gestão intersetorial.

Os supracitados autores afirmam ainda que atualmente as políticas e programas sociais tendem a orientar uma conformidade entre as políticas setoriais e a sociedade, exemplificando o Programa Bolsa Família como uma dessas estratégias que foi construída como uma proposta que possui a participação de diferentes políticas na sua execução.

Na política de saúde essa ferramenta também adquire um significativo espaço para atuar nas situações conflitantes, que são estruturais em nossa sociedade e que repercutem diretamente no processo saúde-doença da população (MONNERAT; SOUZA, 2011), nas quais vários/as profissionais podem participar do planejamento, gestão e execução dessas políticas e projetos, dentre esses, os/as assistentes sociais, os/as quais na inserção no trabalho em saúde são demandados/as a planejar, gerir ou realizar atividades que afetam tanto a integralidade do atendimento quanto a intersetorialidade das ações (COSTA, 2010).

De acordo com as respostas das entrevistas, já explanadas anteriormente nesse trabalho, as assistentes sociais apresentaram entendimento sobre a relevância da intersetorialidade no que diz respeito à contribuição do/da assistente social para a materialização da intersetorialidade nas USFs, informaram que esse profissional tem algumas especificidades que facilitam esse trabalho. Dentre essas particularidades, apontaram que o/a assistente social tem uma visão ampliada do indivíduo e maior conhecimento da rede de serviços e isso já é de conhecimento dos demais membros da equipe:

Falando do lugar da saúde, dos profissionais que estão dentro de uma unidade, acho que o assistente social é o profissional que mais sabe lidar com essa intersetorialidade, está mais acostumado, já é do fazer dele, fazer contatos, o tempo inteiro, para “fora”. Chegamos numa equipe de saúde com um perfil diferenciado porque não vemos só dentro, temos esse olhar pra fora; então quando eu vejo o cidadão, o usuário, vejo todas as possibilidades que estão

fora daqui também. A assistente social é acionada sempre porque se tem essa concepção de que temos resposta para tudo, para onde se encaminha, quais são os direitos. É o profissional que tem uma visão mais ampla, e a equipe já reconhece isso no assistente social (ASSISTENTE SOCIAL 17).

Afirma-se a pertinência do/a assistente social na atuação intersetorial como ator estratégico nas ações que demandam essa perspectiva ampliada dos sujeitos, bem como a habilidade do referido profissional em perceber as demandas dos indivíduos além do que está exposto, observando-se as diversas necessidades dos sujeitos.

O/A assistente social, por sua formação generalista e crítica, é o profissional que na sua execução mais favorece as ações de construções dos arranjos intersetoriais dentro da política de saúde por compreender que tem um potencial de conseguir identificar as possibilidades de articulações, objetivando o atendimento do/a usuário/a em uma perspectiva de atendimento amplo (COSTA, 2010). Essa capacidade foi apresentada pelas entrevistadas, que afirmaram a mesma concepção por parte dos demais membros da equipe. Isso reafirma que o/a assistente social representa um/a trabalhador/a com habilidades para execução dessas ações e isso deve ser pontuado como positivo para a categoria.

Contudo, deve-se destacar que a intersetorialidade não é uma ação de um profissional específico, não deve ser tarefa direcionada apenas aos assistentes sociais, mas uma atividade que perpassa por todos os/as profissionais envolvidos no atendimento ao/a usuário/a.

Nos diferentes pontos de atenção à saúde, a maioria das demandas intersetoriais são absorvidas pelo Serviço Social e as diversas necessidades dos/as usuários/as para além do setor saúde que chegam aos/as profissionais são manifestações de diferentes demandas e influenciam na saúde das pessoas, as quais deveriam ser atendidas de forma integral e em conjunto com os/as outros/as profissionais e as outras políticas (COSTA, 2010).

Apona-se que os demais profissionais não incluem a perspectiva da intersetorialidade em seus cotidianos profissionais da mesma maneira que o/a assistente social insere. Dito isso, afirma-se que “apesar da referida importância enquanto estratégia de saúde, a intersetorialidade ainda se apresenta como uma prática relegada pela maioria dos profissionais, e na maioria, resulta em demandas para o Serviço Social” (COSTA, 2010, p. 26).

Por sua formação generalista, o/a assistente social requer uma gama de conhecimentos com relação à política de saúde, as quais são necessárias para atuar nos determinantes e condicionantes, bem como buscar estratégias intersetoriais na tentativa de um atendimento integral, com articulações dos conhecimentos específicos da categoria, materializados nas

diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social e com a dinâmica dos serviços e das políticas sociais (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, 2012).

Essa formação generalista não é uma realidade dos demais profissionais da saúde e os autores supracitados afirmam que para atuar na saúde na perspectiva da integralidade, intersetorialidade e atuação em equipe, requer uma alteração tanto na prática quanto na formação do profissional em saúde. Autores como Bravo e Matos (2009) destacam que esse debate da formação dos/as trabalhadores/as em saúde para o SUS com uma visão generalista é reafirmado nas novas diretrizes das profissões, que exige um profissional que tenha compromisso com a saúde integral dos seres humanos. Todavia, sabe-se que atualmente a visão de profissão paramédica, característico do modelo biomédico, ainda está muito presente dentre os/as profissionais da saúde. Consequentemente, “a intersetorialidade não constitui objeto do conjunto das práticas em saúde e, como não pode ser absolutamente ignorada, vem sendo tratada como atividade de uma profissão” (COSTA, 2010, p. 219).

As entrevistadas pontuaram também que o Serviço Social tem um trabalho de articulação com outros serviços ou políticas, pois conhece a rede, as ações que oferta e consegue fazer várias pontes em busca do acesso dos/as usuários/as aos seus direitos, conforme aponta as entrevistadas ao responder de que forma o/a assistente social contribui para a materialização da intersetorialidade:

Através da articulação. Primeiro a identificação dessa rede, no que você tem, o reconhecimento da área, quer no âmbito mais próximo, que é o território que você trabalha, no município e, além disso, você conhecer, o que é que eu posso contar? Depois conhecer as políticas, você não pode falar daquilo que você não conhece, concorda? E você não pode acionar se não conhece bem. Conhecimento e identificação são as palavras-chaves. Conhecer também os protocolos, as leis para saber o que você pode acionar. Articular, informar à população, instrumentalizar essa população através de um empoderamento do conhecimento para que ela busque seus direitos. O que é que o assistente social faz aí? É o mediador, facilitador. Ele vai encaminhar, facilitar, comunicar, acolhendo o usuário, fazendo com que ele seja encaminhado para os serviços, por exemplo, o CRAS, pra Assistência, para o INSS [...] várias vezes no INSS o meu relatório teve interferência (ASSISTENTE SOCIAL 10).

Para a realização de ações intersetoriais e posteriores articulações se faz necessário o conhecimento da rede e do território em que atua. O reconhecimento do profissional de Serviço Social como um articulador e conhecedor do território foi pontuado pelas assistentes sociais como uma constatação por parte da equipe: “esse profissional é a ponte, o que articula, o que tem isso como ferramenta de trabalho. Isso da coisa mais simples que você possa imaginar – o

telefone ou endereço de um local, que qualquer um pode obter – até à mais complexa” (ASSISTENTE SOCIAL 16). De acordo com Mioto e Schutz (2011), a intersetorialidade está ligada a um sistema de proteção social de direitos, que estão conectados e devem ser percebidos integralmente. Conforme pontuado nesse estudo, as assistentes sociais conseguem apresentar a percepção e o conhecimento do seu território de atuação.

O/A assistente social foi mencionado nessa pesquisa como o/a profissional que realiza a interlocução entre as políticas e os serviços, como o que faz a ponte, o contato direto, o mediador, o facilitador, dentre outros, com observações que esse profissional tem um papel estratégico na atuação intersetorial das políticas sociais tanto pela sua formação, quanto pelo seu conhecimento e desenvolvimento na concretização de ações intersetoriais.

É notório o fato de que, ao se inserir no processo de trabalho em saúde, como agente de interação, ou como um “elo orgânico entre os diversos níveis de complexidade do SUS e, entre estes e as demais políticas sociais setoriais”, pela mesma prática, o assistente social atua simultaneamente de forma intra/intersetorial, desenvolvendo atividades que incidem sobre a integralidade do acesso e da atenção, tanto no que se refere à atenção aos serviços de saúde, quanto na articulação da saúde com as demais políticas sociais (COSTA, 2010, p. 27).

Dentro desse entendimento, o/a assistente social é um/uma dos/as profissionais que mais propaga essa ação nos diferentes espaços ocupacionais. As entrevistadas reafirmaram essa relevância no fazer profissional e consideraram várias habilidades e conhecimentos dessa categoria que corroboram com a intersetorialidade.

A tabela 02 demonstra o número de encaminhamentos intersetoriais realizados por assistentes sociais em cada região de saúde, registrados no prontuário eletrônico que é utilizado pelos/as profissionais da Secretaria Municipal de Aracaju. Os dados foram compilados reunindo informações entre o período de 01 de janeiro de 2018 a 11 de junho de 2020. Diante dessa tabela é possível verificar que as regiões 7ª e 8ª foram as que registraram maiores números de encaminhamentos intersetoriais no referido período.

Tabela 02 - Encaminhamentos intersetoriais dos/as assistentes sociais das USF (2018-2020)

REGIÕES	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	TOTAL
Encaminhamentos Intersetoriais	805	584	335	434	851	46	1006	966	5027

Fonte: Pesquisadora com base nas fichas eletrônicas de atendimentos da Prefeitura Municipal de Aracaju

O prontuário eletrônico foi afirmado pela maioria das entrevistadas como um instrumento que auxilia o trabalho das profissionais e dentro dessa ferramenta os/as servidoras registram os atendimentos que foram feitos com o/a usuário/a, bem como ao finalizar o atendimento responde se houve encaminhamento intersetorial. Diante desses dados informados pelos/as assistentes sociais foi possível apresentar esse quantitativo de encaminhamentos intersetoriais realizados nas USFs de Aracaju. Vale ressaltar que foram considerados nesse quantitativo apenas os encaminhamentos registrados no prontuário eletrônico. Sabe-se que esses dados poderão ser em um número ainda maior, visto que não se sabe se todos os/as profissionais de Serviço Social têm familiaridade com essa ferramenta, bem como deve-se considerar que existem regiões que estão desfalcadas de assistentes sociais, o que poderá também contribuir com uma redução do número de encaminhamentos realizados.

No que diz respeito às maiores demandas que se apresentam ao profissional de Serviço Social de caráter intersetorial, as entrevistadas responderam as seguintes afirmações, conforme exposição na tabela 03:

Tabela 03 - Maiores demandas de caráter intersetorial

DEMANDAS	QUANTIDADES DE RESPOSTAS
Bolsa Família ⁵³	17
Direitos Violados/Não Acesso aos Serviços do SUS	14
Saúde Mental	11
Insumos ⁵⁴	08
Demandas Socioeconômicas	08
Educação	05
Ações de Educação em Saúde	03

Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

É possível identificar nas descrições das necessidades dos/as usuários/as e durante várias falas das entrevistadas, que o Programa Bolsa Família (PBF) é perceptível em uma frequência maior nas ações das assistentes sociais das Unidades Básicas de Saúde de Aracaju: “a principal é a demanda que vem da assistência social – sejam os benefícios eventuais, como cesta básica, colchões, auxílio natalidade; seja o próprio Bolsa Família, que é o campeão” (ASSISTENTE SOCIAL 20).

Durante a entrevista as profissionais relataram essa busca diária dos/as usuários/as da política de saúde: “acho que a maior demanda hoje é o acompanhamento das condicionalidades

⁵³ Acompanhamento das condicionalidades ou inserção e encaminhamentos.

⁵⁴ Diz respeito à aquisição de fraldas, suplementos, medicamentos, cadeiras de rodas, dentre outras necessidades de saúde nas diferentes instâncias federativas.

do Bolsa Família” (ASSISTENTE SOCIAL 18). Vale ressaltar que esse programa já tem institucionalizado o seu caráter intersetorial, visto que abrange outras políticas como condicionalidades para o seu acesso e manutenção.

Existem relações que já são instituídas mesmo, que tem um instituinte, por exemplo, as políticas da assistência social que são: Bolsa Família, BPC; a relação do profissional do Serviço Social é acompanhar se ele cumpre as condicionalidades de saúde que estão associadas aos cuidados como antropometria, cuidados de saúde da mulher... Então a gente registra e acompanha o acontecimento desses cuidados e informa as políticas intersetoriais, como por exemplo, duas vezes por ano, as famílias que recebem algum benefício como o Bolsa Família, elas precisam cumprir alguns condicionalidades de saúde: saúde bucal, saúde da mulher... E o Serviço Social acompanha isso junto com a equipe. Aquilo que é específico do profissional da enfermagem, do médico, do agente de saúde.... Eles produzem essa relação e nós acompanhamos, registramos e comprovamos esse fortalecimento (ASSISTENTE SOCIAL 12).

O PBF foi criado pela Lei nº 10.836/2004 e objetiva o atendimento às pessoas que estão em situação de pobreza ou extrema pobreza com a transferência de renda, bem como o acesso aos direitos sociais a partir do atendimento nas diversas políticas. A inserção e manutenção da família no programa exigem algumas condicionalidades nas seguintes áreas: educação, saúde e assistência, que devem ser cumpridas e o descumprimento pode acarretar no cancelamento, bloqueio ou suspensão do benefício (BRASIL, 2019b).

O Bolsa Família é demarcado pela sua articulação intersetorial, bem como é considerado um dos principais programas do Ministério do Desenvolvimento Social, pois nenhum outro obteve esse formato, que representa uma estratégia de enfrentamento às discontinuidades e desintegração das políticas (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Conforme pontua Silva (2014, p. 165), o PBF “tem na sua gênese, portanto, uma natureza intersetorial”, o qual se constitui como uma ferramenta para a materialização da intersetorialidade. Entretanto, as ações já têm um direcionamento a nível nacional e são padronizadas com resposta mais geral ao que a política a nível macro solicita para a manutenção do/a usuário/a no programa.

A citada autora constata ainda que essa natureza intersetorial do PBF se reafirma na forma como o programa se constitui, baseado em seus três eixos, que são: transferência de renda, a qual objetiva responder à demanda mais urgente da ausência de renda,

condicionalidades⁵⁵, as quais devem ser cumpridas tanto pelas famílias quanto pelo Estado, e programas complementares para possibilidades de superação das vulnerabilidades.

Reitera-se a relevância do programa para os/as usuários/as e fortalecimento das ações intersetoriais, bem como de uma política fundamental em algumas intervenções dos/as assistentes sociais: “o Bolsa Família é uma oportunidade que a gente ajude essas famílias a identificarem um conjunto de direitos que muitas vezes não estão sendo cumpridos, e também de educarmos essas famílias aos cuidados com a saúde” (ASSISTENTE SOCIAL 12)⁵⁶.

Na política de saúde, as famílias beneficiárias do PBF deverão ser assistidas pela equipe de saúde da área de abrangência, que devem informar sobre a importância das condicionalidades na saúde para manutenção no programa e melhoria da condição de saúde dos seus membros familiares. Compete ainda à Secretaria Municipal de Saúde as seguintes atribuições:

Realizar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família por meio da garantia dos serviços da Atenção Básica que visam ao cumprimento do calendário básico de vacinação e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de sete anos, ao seguimento do calendário de pré-natal da gestante, da assistência pós-parto, bem como a realização da vigilância nutricional; Além disso, o monitoramento dessas ações no sistema de gestão do Programa Bolsa Família na Saúde possibilita os registros individuais da condição de saúde dos beneficiários; O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF permite identificar as beneficiárias gestantes que poderão receber o Benefício Variável à Gestante (BVG)⁵⁷, concedido no âmbito do PBF [...]. Além disso, esse benefício oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal, considerando que, quanto antes for informada a ocorrência da gestação, antes a família poderá receber o benefício (BRASIL, 2019b, p. 03).

Desvela-se a partir da última citação que a política de saúde também possui responsabilidades com o Bolsa Família e da mesma forma os beneficiários que possuem condicionalidades na política de saúde para a manutenção no programa. A busca pelo setor de Serviço Social relacionada a esse tipo de atendimento nas USFs foi registrada por inúmeras falas das entrevistas, conforme observa-se:

⁵⁵ As condicionalidades do Programa Bolsa Família possuem discussões teóricas que as problematizam com diferentes percepções. Sobre as questões polêmicas em torno das condicionalidades do PBF, cf.: SILVA, 2014.

⁵⁶ Contudo, observa-se nesse diálogo um direcionamento que poderá ser confundido com uma perspectiva fiscalizatória dos beneficiários, bem como de filantropia que difere do acesso a direitos. Esse pensamento conservador da prática profissional traz à tona questões que já eram tidas como superadas.

⁵⁷ Para mais informações, cf.: BRASIL, 2013b.

A maior demanda nossa realmente intersetorial é o Programa Bolsa Família, é o carro-chefe, né? Porque elas vêm aqui né, hoje, por exemplo, se eu atendo seis pessoas, quatro são para fazer a declaração pra que elas possam estar levando lá no CRAS. Então é tipo assim, acho que 70, 80% do meu dia tem Bolsa Família (ASSISTENTE SOCIAL 03).

Outra coisa que eu esqueci de falar que eu faço muito e demanda muito da gente as condicionalidades, Bolsa Família, os dados antropométricos, precisa de aferir a altura⁵⁸, consultar a caderneta de vacinação, a situação vacinal e o peso e emitir declaração. Então eu preciso ver se está tudo ok, checar a Internet, ver no site do programa quem está cadastrado no NIS dela, cobrar aqueles dados e quando eles não comparecem eu tenho que colocar os agentes na rua para fazer busca ativa (ASSISTENTE SOCIAL 04).

Sinaliza-se que as ações intersetoriais relacionadas ao PBF nesse estudo foram descritas como atividades pontuais, de encaminhamentos, orientações e realizadas isoladamente, sem planejamento conjunto com as demais políticas, o que torna a ação intersetorial uma estratégia paliativa em resposta apenas às solicitações padrões: “na hora que eu faço o meu planejamento aqui, a ação social faz a dela lá, a Educação faz a dela lá, esse planejamento não é um planejamento coletivo” (ASSISTENTE SOCIAL 12).

Os desafios na articulação das ações do Bolsa Família são percebidos nessa pesquisa e em um estudo realizado por Silva (2014), relacionando as condicionalidades do PBF e que registrou também que essas desintegrações intersetoriais ocorrem tanto a nível municipal, quanto nos Estados e que com a gestão federal e diante dessa problemática surgiram algumas possibilidades:

No estudo desenvolvido sobre as condicionalidades do Bolsa Família foi apontada a necessidade de fazer avançar o trabalho conjunto entre as diferentes secretarias por meio de um processo de planejamento integrado que possibilite a identificação de problemas relacionados à oferta e/ou ao acesso aos serviços e sua resolução através de ações definidas e operacionalizadas em parceria; utilização de uma estratégia voltada para a prática de encontros locais, regionais e estaduais envolvendo a saúde, educação e assistência social (SILVA, 2014, p. 181).

Dito isso, destaca-se que as ações intersetoriais apontadas pelas entrevistadas relacionadas ao PBF nas unidades de saúde são possibilidades de acesso às necessidades básicas da população. Entretanto, observa-se a ausência de um planejamento e execução conjunta com as demais políticas envolvidas. Outra situação identificada nas falas das entrevistadas é o receio

⁵⁸ Ressalta-se que o documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* sinaliza que historicamente o Serviço Social tem sido requisitado para realizar tarefas que não são atribuições dos mesmos e dentre essas destaca a “pesagem e medição de crianças e gestantes” (CFESS, 2010, p. 47).

do usuário perder o benefício, o que faz com que muitos profissionais realizem tarefas burocráticas, as quais afirmam fazer por medo do beneficiário não cumprir as condicionalidades exigidas pelo programa e ter o seu benefício suspenso ou cancelado.

Portanto, cabe ressaltar que incluir uma família e acompanhar as condicionalidades de manutenção em um programa ou benefício não significa necessariamente uma ação intersetorial. A intersetorialidade deve ter ações mais amplas, como por exemplo, o diálogo com os atores da política de saúde, assistência social e demais políticas, com a finalidade de planejar ações coletivas e não apenas restringir-se à viabilização e ou manutenção de um benefício. No entanto, apesar das fragilidades dessas ações intersetoriais, ressalta-se que a intersetorialidade “representa um processo em construção, portanto sempre inconcluso como a dinâmica das políticas sociais e da própria sociedade” (SILVA, 2014, p. 181).

As profissionais relataram também um quantitativo expressivo de situações que envolvem demandas judiciais e que solicitam respostas da Secretária de Saúde do município e os/as assistentes sociais são acionados/as para elaborar relatórios sociais que envolvem situações de violências e/ou negligências com grupos vulneráveis: “hoje eu suspendi os atendimentos aos usuários porque eu tenho oito relatórios da justiça, mas tantos outros de fraldas e aí tenho que parar um minuto pra fazer, ontem eu fiz dezesseis atendimentos, fora uma visita domiciliar” (ASSISTENTE SOCIAL 08).

No que diz respeito à efetivação dos serviços do SUS, sabe-se que ainda é permeado por desafios. As ofertas dos seus serviços nas três esferas de governo possuem dificuldades de acesso, o que contribui para que a população alcance o direito à saúde por intermédio dos órgãos sociojurídicos. Nesse sentido, a judicialização da saúde tornou-se comum nas requisições dos/as usuários/as da saúde pública e esse fator é decorrente das negativas ou demora ao acesso a medicamentos, consultas, exames, cirurgias, dentre outros.

Pontua-se que nas falas das entrevistadas a violação de direitos e a negação do acesso aos serviços de saúde foram elementos recorrentes, principalmente em questões que dizem respeito à violência aos grupos vulneráveis e dificuldades de acessar a rede especializada da saúde, o que resulta em encaminhamentos aos órgãos de proteção e/ou judicialização da saúde, de acordo com a tabela 03. A esse respeito, uma pesquisa sobre a judicialização da saúde em Aracaju não descaracterizou a importância dessa estratégia para a garantia do acesso aos direitos preconizados pelo SUS, contudo sinalizou sobre as questões históricas e o domínio da indústria farmacêutica que podem estar por trás desses processos, visto que assim como a realidade a nível nacional, em Aracaju também prevalece que “em todos os níveis de atenção à saúde, as demandas judicializadas são homogêneas. Tal fato pode ser exemplificado pelos itens

relacionados a medicamentos, procedimentos cirúrgicos e exames que ocupam as primeiras posições nos pedidos pleiteados” (ANDRADE, 2019, p. 116).

A referida autora informa ainda que as profissionais assistentes sociais entrevistadas na citada pesquisa referiram ausência de impactos da judicialização da saúde no exercício profissional e que somente 17,6% das participantes do estudo conseguiram identificar essas repercussões na prática profissional, como também apenas 23,5% das assistentes sociais afirmaram ser os/as profissionais que cotidianamente orientam os/as usuários/as sobre essa viabilidade de acesso aos direitos por intermédio dos órgãos sociojurídicos. Destaca-se que no presente estudo sobre a intersetorialidade e atuação dos/as assistentes sociais nas USFs de Aracaju foram mencionadas essas demandas de judicialização como uma das mais recorrentes no seu cotidiano profissional relacionadas às ações intersetoriais, conforme tabela 03. Entretanto, vale ressaltar que ambas as pesquisas dizem respeito a atuações profissionais em níveis hierárquicos de complexidade diferentes no âmbito da saúde e os serviços da atenção primária têm maiores possibilidades de continuidade do acompanhamento com os/as usuários/as.

Compreende-se a importância desse espaço sociojurídico na garantia do direito à saúde dos/as usuários/as, entretanto, vale considerar que a saúde deve ser vista como um direito universal da população e, portanto, uma luta coletiva para que a garantia não seja apenas no âmbito individual, mas que concretize garantias na perspectiva da universalidade, ou seja, para o conjunto da população brasileira. De acordo com o autor:

Torna-se necessário desnaturalizar a judicialização da saúde, buscar outros meios para garantir o direito à saúde, seja de forma extrajudicial seja através de confecção de orçamentos públicos, inserindo a participação popular organizada como instrumento fundamental para a escola, implementação e fiscalização das políticas públicas. A situação das políticas públicas em nosso país necessita de soluções coletivas e de uma gestão mais democrática, com a participação da população e o fortalecimento da sociedade civil, através dos conselhos e conferências nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) (RIBEIRO, 2014, p. 97).

A saúde mental foi outro elemento recorrente nos depoimentos das trabalhadoras do SUS, o que sugere a necessidade de debate e ações no âmbito intrasetorial e intersetorial, posto que se apresenta como uma demanda de alta incidência nas USFs.

Atualmente nós precisamos muito do CAPS, as pessoas estão perdendo a saúde mental e nós encaminhamos muito para os CAPS, que por sua vez estão

sem psiquiatras, que estes não estão querendo trabalhar no SUS e estão pedindo demissão. Então é uma demanda muito gritante, aqui tem uma equipe que a principal demanda da equipe toda é saúde mental (ASSISTENTE SOCIAL 01).

Apesar de estarmos sofrendo bastante porque passou um longo período sem psiquiatra no CAPS, mas tem uma demanda muito grande, é na área, para você ter uma ideia a gente está em primeiro lugar nos índices de suicídio, de tentativas de suicídios aqui em Aracaju (ASSISTENTE SOCIAL 04).

As entrevistadas relataram alguns problemas encontrados na operacionalização da política de saúde mental que, conseqüentemente, repercutem nas Unidades Básicas de Saúde, pois os/as usuários/as recorrem às equipes de saúde da família quando não conseguem acessar os serviços da rede psicossocial⁵⁹. Acrescentou-se também as dificuldades relacionadas com a terceirização dos CAPS, o que gerou rompimento com a continuidade dos vínculos dos/as usuários/as com os funcionários que já desenvolviam um plano de atendimento, houve perdas de profissionais e essas questões interferem na intersetorialidade e no Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁶⁰ dos/as usuários/as.

Depois que teve a terceirização do CAPS, eu vou confessar que eu ainda não tive lá, eu sei onde eles estão, tenho endereço, telefone, que a gente encaminha para lá, né? Mas ainda não conversei, assim, a gente não tem feito nada em conjunto por enquanto. Porque o CAPS antes, eu tinha um contato maior, né? A gente tinha mais matriciamento, né? Por exemplo, quando tinha um paciente aqui que estava em surto alguma coisa, a gente ligava pra lá a gente ia junto, fazia visita, tinha assim essa relação, essa parceria muito mais forte e depois que mudou assim... Nem eles vieram aqui nem eu ainda fui lá pra... Mas a gente tem pacientes aqui que ficam fazendo tratamento lá (ASSISTENTE SOCIAL 03).

As assistentes sociais entrevistadas destacaram uma alta demanda no âmbito da intrasetorialidade relacionadas aos insumos, o que envolve a aquisição de medicamentos, aparelhos, materiais hospitalares para pessoas que apresentam dificuldades de arcar com essas despesas e recorrem à política de saúde. As necessidades socioeconômicas se apresentam de

⁵⁹ Vale ressaltar que o trabalho das equipes de saúde da família também deve envolver a saúde mental, entretanto, um serviço não deve substituir o outro, ambos devem atuar de forma articulada. A abordagem no texto é sobre a precarização dos serviços de saúde mental que repercutem nas USFs, a exemplo: a ausência de profissionais da equipe multidisciplinar, dentre eles o médico psiquiatra, dificuldades de vagas para marcação de consultas, dentre outros.

⁶⁰ “Um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral” (BRASIL, 2013a, p. 33). Vale considerar que o PTS deve ser construído a partir de um vínculo entre os/as usuários/as e a equipe de saúde.

maneira incisiva, principalmente na atual conjuntura de retrocesso de direitos: “aqui chegam muitos casos de pobreza; população com baixo nível de escolaridade formal; desempregadas ou subempregadas e sem perspectivas de emprego, então busca os recursos e benefícios eventuais” (ASSISTENTE SOCIAL 20).

As questões relacionadas à educação e ações de educação em saúde também foram assinaladas, porém em um número mais reduzido, bem como outras demandas descritas pelas assistentes sociais, contudo, em proporções ainda menores que as citadas anteriormente.

No caso da relação que você tem com a Educação: crianças que estão com dificuldades na escola e que são desse território, as coordenações, sejam elas vinculadas ao Programa Bolsa Família ou Saúde na Escola, essas crianças vêm para unidade para que possamos dar acesso às crianças a esses cuidados, referenciando para outros setores (ASSISTENTE SOCIAL 12).

No tocante às políticas e/ou as instituições mais acionadas para o atendimento das demandas dos/as usuários/as no trabalho intersetorial, de acordo com as entrevistadas, as maiores intervenções ocorrem com a política de assistência social, conforme tabela 04. De forma unânime, as falas das assistentes sociais contabilizaram 20 (vinte) relatos de que a assistência social é a política mais citada no trabalho dessas profissionais nas USFs de Aracaju-SE.

Tabela 04 - Políticas e/ou instituições mais acionadas

POLÍTICAS/INSTITUIÇÕES	QUANTIDADE DE RESPOSTAS
Política de Assistência Social	20
Defensorias, Ministérios Públicos, Juizados e Delegacias	14
Saúde ⁶¹	09
Educação	07
CAPS	04
Conselho Tutelar	04
Previdência	03

Fonte: Pesquisadora com base nos dados das entrevistas

As políticas de saúde e assistência social possuem interconexões entre si, pois foram inseridas conjuntamente com a previdência social na Carta Magna de 1988, o que passou a

⁶¹ Algumas profissionais não apontaram a saúde por entender que o debate era em relação à intersetorialidade, caso contrário, o número de articulações dentro do âmbito da saúde seria ainda maior que o apresentado; da mesma forma os CAPS.

constituir o tripé da Seguridade Social no Brasil. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) pontua a intersetorialidade enquanto estratégia para a efetivação do direito à cidadania e ao acesso aos serviços na perspectiva do atendimento integral das famílias e dos indivíduos.

A Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais, particularmente as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos (BRASIL, 2009, p. 42).

Neste sentido, a PNAS já prevê que a sua efetivação necessita de articulação com outros setores, uma vez que as demandas multifacetadas exigem resoluções que podem demandar a inserção de diferentes atores e instituições no atendimento às necessidades dos indivíduos.

Para Monnerat e Souza (2011), dentre as políticas que compõem o tripé da seguridade social, a assistência social é considerada a que traduz um maior entendimento sobre a importância da intersetorialidade, dado reafirmado nos documentos oficiais a respeito desse posicionamento e na estrutura da PNAS.

A estruturação formal da citada política contribui com a sua execução, posto que já afirmava a relevância da intersetorialidade na configuração das legislações que fundamentam a PNAS e isso colabora com a sua operacionalização, pois verificou-se nesse estudo, a partir das respostas das entrevistadas, que a assistência social tem sido a política que mais apresenta práticas relacionadas às ações intersetoriais dos/as assistentes sociais, o que reafirma essa perspectiva intersetorial da política.

As Defensorias, Ministérios Públicos, Juizados e Delegacias, depois da política de assistência social, foram reveladas como as instituições mais acionadas, seja por respostas aos relatórios solicitados ou por encaminhamentos a demandas dos/as usuários/as que não são atendidas, bem como situações que envolvem grupos vulneráveis e negligências.

Conforme ainda a tabela 04, pode-se verificar as seguintes políticas ou instituições: saúde, educação, CAPS, conselho tutelar e previdência social. Essa última nos chamou atenção por considerar a história da política de saúde e previdência no país, bem como está inserida na política da seguridade social e ainda assim foi citada em um número ínfimo em relação às ações intersetoriais realizadas pelas entrevistadas que atuam nas USFs.

Em um artigo sobre a seguridade social e a ação intersetorial, Monnerat e Souza (2011) registraram que embora o estudo mencione o tripé da seguridade social, o foco restringiu-se à

política de saúde e assistência social em detrimento da política de previdência social. Para as autoras, esse fenômeno decorre por conta de que “essa área se caracteriza por uma trajetória técnica e política bastante hermética, situação que até então não favoreceu a disseminação de propostas de mudanças, principalmente aquelas que dizem respeito à integração de ações entre diversas áreas de políticas” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42).

4.3 Concepção do atual cenário da ação intersetorial: potencialidades e desafios

O atual cenário das políticas sociais é demarcado por diversos retrocessos que implicam diretamente na vida dos/as usuários/as. A intersetorialidade deve ser uma estratégia para a reafirmação dos direitos sociais dos indivíduos na perspectiva de um atendimento de forma integral. Mas como essa ferramenta se efetiva nas USFs de Aracaju-SE em contexto de mudanças nas políticas sociais?

A atual conjuntura se manifesta com diversos desafios para as políticas sociais, que repercutem nos/as trabalhadores/as e usuários/as. Presencia-se um momento de alterações constantes, principalmente na área social, as quais vêm de encontro com as garantias de direitos até então conquistados. Esse cenário de desmontes prejudica diretamente a classe trabalhadora, fragiliza as condições básicas da maioria dos brasileiros/as, como também reafirma o fortalecimento do capital.

Dentre esses desmontes, Cohn (2020) pontua o retorno do Brasil para o mapa da fome, o ressurgimento do sarampo, a penalização dos mais pobres com relação ao acesso ao BPC e ao PBF, a reforma da previdência social, a reforma trabalhista, dentre as inúmeras ações do Estado, que afirma a necessidade de realizar justificando a racionalidade dos custos, contudo, constitui-se como projeto de degradação dos direitos dos mais necessitados.

A referida autora afirma ainda que “se entre os anos de 2016 e 2018 assiste-se à desconstrução do aparato social até então construído, no período que se inaugura com o governo de Bolsonaro tem início a destruição de toda e qualquer política de proteção social no país” (COHN, 2020, p. 154-155).

Na Seguridade Social, a política de saúde é uma das que reuniu diversas mudanças nas legislações, inclusive na Constituição Federal, as quais fragilizam a saúde pública enquanto acesso universal tanto no primeiro nível de atenção, quanto nos demais níveis de acesso ao SUS. A exemplo dos impactos recentes para a atenção primária à saúde, podemos citar: a Emenda Constitucional (EC) 95, que congelou os gastos da saúde e da educação por 20 (vinte)

anos, as mudanças da PNAB 2017⁶², que atinge diretamente a ESF, com redução das equipes e da carga horária, e as alterações das novas regras para o repasse de recursos à atenção primária, com o lançamento do programa Previne Brasil⁶³.

É nesse cenário de transformações que as políticas sociais estão cada vez mais direcionadas para o atendimento dos interesses do capital e é nessa conjuntura que os/as assistentes sociais das USFs realizam suas intervenções e constroem respostas às inúmeras demandas para a população.

Caracteriza-se nessa conjuntura a redução, o sucateamento e o desfinanciamento das políticas sociais em um momento de financeirização do capital, em que a reestruturação produtiva ganha ainda mais espaço e se apresenta com diversas influências nas condições de vida da classe trabalhadora: desemprego, trabalho precário, terceirização, retirada de direitos trabalhistas, previdenciários, bem como a ausência de acesso à saúde na perspectiva universal.

O grande Rei Midas da modernidade, que transforma em mercadoria tudo o que está ao alcance das mãos e dos corações, tem consolidado o projeto utilitarista e mercantil de saúde no Brasil. A noção de cidadania fundada no direito universal à saúde, legalmente assegurada na Carta Magna Brasileira, tem disputado, palmo a palmo, espaço com a privatização das instituições de saúde já arraigadas em instâncias estatais que, muitas vezes, sabotam a validade da universalidade do direito, fortalecendo em seu lugar o individualismo consumista no campo da saúde (LESSA, 2017, p. 11).

O conjunto desses acontecimentos também permite situações na saúde que tem impactado tanto nos serviços do SUS, quanto na formação e nas contratações de profissionais, que se submetem a empregos com condições precárias, com altas jornadas de trabalho, baixos

⁶² “A nova PNAB faz alterações significativas na organização e no financiamento da Atenção Básica, modifica o papel dos Agentes Comunitários de Saúde, e propõe uma limitada ‘cesta de serviços’, entre outras mudanças [...] Na disputa política que resultou na reforma, criou-se uma polarização de posições: de um lado, o governo federal e entidades de representação dos gestores, como o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do lado contrário, entidades políticas e instituições ligadas ao campo da Saúde, muitas das quais se manifestaram por meio de notas de repúdio à decisão pela aprovação da reforma, como Fiocruz, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Abrasco, Rede Unida, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, entre outras [...]. Os críticos às medidas, no entanto, consideram que o ‘mundo real’ apontado pelo ministro se refere, na verdade, ao sentido mercadológico das reformas, tendo em vista a aprovação da Emenda Constitucional 95 que, na prática, desenhará um cenário de orçamentos reduzidos” (BATALHA; LAVOR, 2017, p. 12).

⁶³ Programa lançado pela portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019, que modifica a forma de financiamento do governo federal, os recursos que os municípios recebem para manter a atenção básica passará a ser calculado baseados na quantidade de pessoas cadastradas na ESF e nos indicadores de desempenho. Nesse sentido, há uma discussão em torno dessas mudanças que afirma que com essas alterações a saúde pública universal passará a contar com um SUS somente para os pobres, pois considera que esse direcionamento de recursos federais a partir do quantitativo de pessoas cadastradas é uma estratégia que ratifica a focalização em detrimento da perspectiva de universalidade do SUS e reafirma que “essa proposta descaracteriza completamente a Estratégia Saúde da Família” (STEVANIM, 2019, p. 20).

salários, alternância de profissionais e violação dos direitos trabalhistas, que por sua vez também repercutem no compromisso desses/as profissionais com os/as usuários/as do sistema (LESSA, 2017).

Assim como o conjunto dos demais trabalhadores/as, o fazer do/a assistente social na área da saúde está relacionado com as condições históricas, sociais, políticas e econômicas, as quais a política de saúde se desenvolve e essas por sua vez impactam nas possibilidades de atuação profissional, bem como na vida da população usuária das políticas sociais.

As mudanças no mundo do trabalho interferem muito nas condições de vida dos trabalhadores, determinando a forma como vivem, adoecem e morrem. Profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, o Serviço Social também se depara com as exigências postas pelo processo de reestruturação do mundo do trabalho, particularmente nos serviços públicos, onde está a maioria dos assistentes sociais em um contexto de precarização do trabalho e de Estado mínimo para a implementação das políticas sociais públicas (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 188).

Diante desses dilemas que repercutem no trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, inclusive dos/as profissionais que estão atuando nas equipes de saúde da família, pergunta-se: como as determinações do atual momento refletem no trabalho intersetorial realizado pelas entrevistadas? Quais potencialidades e fragilidades na atual conjuntura fortalecem e fragilizam essas ações?

Ao discorrer sobre a atuação intersetorial na atual conjuntura as profissionais relataram que geralmente esse cenário não permite a efetivação da intersetorialidade e que necessita de uma articulação maior, pois há uma ausência de direcionamento das ações e, conseqüentemente, descontinuidade das mesmas, insuficiência de recursos humanos e materiais e um panorama a nível mais geral, considerado desfavorável para as ações intersetoriais.

Algumas falas das entrevistadas apresentaram uma conexão da intersetorialidade com a situação política e social em nível macro e as consequências para as condições de vida da população. Outras profissionais não conseguiram analisar a intersetorialidade a partir de uma perspectiva mais ampla, desconsiderando os elementos da totalidade, apresentaram apenas as discussões mais pontuais que influenciam as políticas sociais desenvolvidas em âmbito municipal.

As autoras Behring e Boschetti (2011, p. 43), sustentam que “o estudo das políticas sociais deve considerar sua múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre diversas manifestações e dimensões”. Em concordância com essa análise, esse estudo irá

apresentar também as falas das profissionais considerando os elementos da totalidade a partir das relações políticas, econômicas, históricas e culturais que as entrevistadas relacionaram com a intersectorialidade.

Assim, ao relatar sobre as atuais condições de trabalho, a maioria das entrevistadas informaram a inexistência de necessidades mínimas no que diz respeito aos recursos básicos para a realização da sua ação profissional, o que implica na não efetivação da intersectorialidade: “eu uso minha linha de telefone, eu não tenho sala, o telefone daqui é na recepção, daí eu vou falar uma situação, o vizinho daquela pessoa poderá está na recepção ouvindo tudo, aí eu ligo do meu, permite porque eu quero fazer, com dificuldade” (ASSISTENTE SOCIAL 04).

Identifica-se nas verbalizações das entrevistadas, de forma significativa, a ausência de recursos humanos e materiais, principalmente de transporte para a concretização das visitas, de telefone para contato com as famílias, bem como de sala para atendimento.

Não tem telefone institucional na sala o nosso telefone pessoal é também o instrumento de trabalho. Se fosse pra colocar assim não tem condição; eu também não tenho transporte, por exemplo, os dias do transporte é aquele dia, tal dia, mas se eu precisar em outro dia não tem; ou eu faço naquele dia ou então não faz. O transporte tem, mas não tem flexibilidade e não é 100% (ASSISTENTE SOCIAL 15).

Tem coisas que assim, digamos, se precisar ir em alguma outra instituição, tenho que ir no meu carro, então olha a condição. Mas se você agendar o transporte vem, mas aí pode vir também em um horário que você não está disponível, então você se programa e não bate, às vezes eu quero resolver logo e já vou no meu carro. Gosto de dar uma solução logo àquele problema, àquele caso que está aqui comigo. Isso me ajuda a dar uma conclusão ao meu trabalho (ASSISTENTE SOCIAL 19).

As dificuldades elencadas pelas assistentes sociais evidenciam que esse profissional, assim como as demais categorias, vivenciam a ausência de condições de trabalho nos ambientes sócio-ocupacionais que estão inseridas. Essa realidade demonstra como as expressões da precarização do trabalho se apresentam na contemporaneidade refletindo diretamente nas condições de trabalho e na saúde mental e física dos/as trabalhadores/as.

A situação não impede essa atividade intersectorial, mas não é fácil. Tem a falta de transporte também – tenho usado o meu, inclusive, uso o meu telefone também. Se eu não fizer vou adoecer, então eu uso meu telefone, meu carro, enfim, são condições, uso para garantir e fico satisfeita, porque consigo resolver aquilo que acho mais grave (ASSISTENTE SOCIAL 20).

Conforme exposição da fala da referida profissional, foram recorrentes as revelações da utilização de instrumentos pessoais das entrevistadas na realização do trabalho desenvolvido nas USFs, assim como pontuam também que quando não conseguem ou aguardam pela instituição, acabam adoecendo e para resolver as situações da população suprem as lacunas da instituição referentes às condições materiais de trabalho. Essas condições as quais estão submetidas as trabalhadoras do presente estudo refletem também na sua subjetividade, visto que também pontuaram o adoecimento profissional decorrente desse contexto de limitações nas condições de trabalho.

Vale considerar que as condições de trabalho dos sujeitos da pesquisa são inerentes à sua situação de trabalhador/a assalariado/a. Além disso, estão predominantemente nos serviços públicos, portanto estão inseridas nos processos das políticas sociais, as quais as formas de organização nas particularidades brasileira e no atual momento do capitalismo acarretam profundas implicações no exercício profissional dos/as assistentes sociais (SANTOS; MANFROI, 2015).

Do mesmo modo, a ausência de material humano também foi pontuada como algo que na atual conjuntura provoca deficiência no atendimento, pois gera sobrecarga de trabalho e consequentemente um atendimento mais fragilizado e mínimo às necessidades da população.

Algumas assistentes sociais relataram que não conseguem atender às diversas demandas durante a sua carga horária e não contam com outro/a profissional em turno distinto, o que acaba por sobrecarregar essa trabalhadora. Foram elencadas variadas dificuldades nesse sentido: “hoje eu suspendi os atendimentos aos usuários porque eu tenho oito relatórios da justiça, mas tantos outros de fraldas e aí tenho que parar um minuto pra fazer, ontem eu fiz dezesseis atendimentos, fora uma visita domiciliar” (ASSISTENTE SOCIAL 08).

Essas situações demonstram as condições precárias para o desenvolvimento do trabalho dos/as assistentes sociais nas políticas sociais, a exemplo de situações como sobrecarga de trabalho, ausência de material para execução das demandas mais simples até às mais complexas, redução do número de profissionais nas USFs, dentre outros fatores que influenciam diretamente nas ações intersetoriais, bem como nas condições objetivas e subjetivas do trabalho profissional.

O que eu sinto dificuldade é que eu não tenho perna para fazer mais coisas fora, porque a demanda da unidade é muito grande mesmo, ontem eu sentei sete da manhã e levantei meio dia para fazer xixi, só atendendo usuário, só atendendo usuário... Cada um com uma demanda diferente, né? E aí eu acho que é isso. Eu poderia desenvolver muitas demandas lá fora que evitaria tanta

demanda para cá, mas eu não consigo porque em trinta horas a gente não consegue dar conta, eu também não tenho como levar sozinha, não é uma atividade que é só do assistente social, é uma atividade que tem que ser da unidade (ASSISTENTE SOCIAL 08).

Ressalte-se que aliado aos problemas internos na política de saúde somam-se as dificuldades enfrentadas pelos demais serviços no sentido de efetivar a intersetorialidade. Confirma-se também a ausência de estrutura e condições materiais e humanas para dar retorno às demandas recebidas, de acordo com a exposição de uma das entrevistadas:

Permite, mesmo que de forma precária; em algumas temos um êxito melhor, outras não [...] por exemplo, vou te explicar uma situação de intersetorialidade, que envolve o caso de uma idosa que estamos tratando agora. Ela precisa de um abrigo imediato, com medida de proteção porque as pessoas que estão cuidando dela estão ameaçando. O CREAS e o Ministério Público vêm trabalhando para encontrar um lugar para colocar ela, mas o Estado não tem; tem os asilos, mas nenhum tem vaga, então como que vamos dar prosseguimento? Essa falta de recursos fragiliza a continuidade do trabalho. Existem certos limites para que nossa intersetorialidade seja alcançada (ASSISTENTE SOCIAL 16).

Uma das profissionais participantes da pesquisa interrogou o que essas instituições que compõem a rede de serviços irão fazer, pois também compartilham das mesmas dificuldades humanas e materiais que a política de saúde vivencia: “em parte, essas ações desenvolvidas são permissíveis e finalizadas; alguns conseguem, outros não. Porque, por exemplo, você manda para o CRAS, CREAS, e o que eles podem ofertar, também? Tem que ver para além disso” (ASSISTENTE SOCIAL 17).

Dessa maneira, identifica-se que na percepção das assistentes sociais entrevistadas as políticas sociais de forma geral encontram-se fragilizadas no que diz respeito aos recursos humanos e materiais, os quais limitam a concretização da intersetorialidade: “o CRAS mesmo é um assistente social, um educador, um psicólogo pra uma área imensa, dá pra estruturar e fazer um trabalho com aquelas famílias? Dá não, então a gente vai fazendo o trabalho do dia a dia” (ASSISTENTE SOCIAL 09).

As entrevistadas sinalizaram que o contexto da atual conjuntura evidencia uma significativa mudança na vida da população, apontam que no seu cotidiano de trabalho com as famílias observam que as expressões da questão social se acirraram ainda mais e que a classe trabalhadora sente de perto essas modificações com o aumento das desigualdades sociais e fragilidade dos serviços.

Com efeito, o atual cenário socioeconômico de alargamento da desigualdade social, desemprego, subemprego, trabalho infantil, aumento nos índices de violência, no qual a maioria das famílias estão submetidas exigem dos/as profissionais o encaminhamento de demandas, as quais necessitam do envolvimento de uma rede de proteção social. No entanto, esta rede também apresenta dificuldades decorrentes das condições desfavoráveis no contexto de contenção de gastos das políticas sociais, conforme verifica-se no depoimento a seguir:

Condições físicas melhoraram⁶⁴, mas em termos de políticas e recursos institucionais tivemos perdas, muitos desempregados, no momento atual uma conjuntura difícil para as políticas públicas e a saúde sofre também com o corte dos gastos, congelamentos de financiamentos, muitas pessoas perderam seus benefícios, perdemos funcionários, outros serviços de saúde também perderam profissionais especialistas, os CAPS perderam funcionários e tudo isso influencia no trabalho intersetorial (ASSISTENTE SOCIAL 06).

A profissional sustentou a sua percepção relacionada às condições de vida da população e ofertas de serviços e como isso tem implicado em sua rotina de trabalho, posto que as famílias estão perdendo seus direitos tanto de acesso a benefícios quanto de acesso aos serviços essenciais, comprometendo a renda e consequentemente a sua condição de saúde.

De acordo com os dados do site do cadastro único (CadÚnico), em junho de 2020, o município de Aracaju-SE totalizou o número de 74.575 (setenta e quatro mil quinhentos e setenta e cinco) famílias inscritas no CadÚnico, das quais as rendas per capita familiares se constituíam da seguinte forma: 26.016 (vinte e seis mil e dezesseis) de até R\$ 89,00 (oitenta e nove reais); 12.318 (doze mil e trezentos e dezoito) entre R\$ 89,01 (oitenta e nove reais e um centavo) e R\$ 178,00 (cento e setenta e oito reais); 20.182 (vinte mil cento e oitenta e dois) entre R\$ 178,01 (cento e setenta e oito reais e um centavo) e meio salário mínimo; 16.059 (dezesseis mil e cinquenta e nove) acima de meio salário mínimo (BRASIL, 2020).

Diante dos dados, observa-se que a cidade de Aracaju-SE possui um quantitativo considerável de famílias que vivem em extrema pobreza e em vulnerabilidade social. Contudo, o referido site informa ainda que apenas 33.336 (trinta e três mil trezentos e trinta e seis) famílias foram beneficiadas com o Programa Bolsa Família em junho de 2020. Dentre as 579 (quinhentas e setenta e nove) famílias em situação de rua cadastradas no PBF, apenas 477 (quatrocentos e setenta e sete) foram beneficiadas.

⁶⁴ Especificamente a USF a qual a profissional está inserida apresenta boas condições estruturais, adequadas para atendimento. Isso decorre de uma reforma predial realizada recentemente.

Apesar da relevância do PBF, verifica-se um alto percentual de famílias que ainda permanecem em situação de vulnerabilidade e risco, que não estão inseridas no programa, o que interfere em suas condições de vida e consequentemente na saúde dos/as usuários/as, que sobrevivem sem renda e em uma conjuntura desfavorável para as políticas sociais.

Então aqui na nossa região tá difícil porque é uma zona de expansão, é muita gente, é isso que eu digo, esse processo de trabalho e essa política de governo, nós estamos ficando cada dia com menos agentes, menos profissionais, mais sobrecarregados, e daí a população aumentando, porque nessa situação de desemprego, então esse território antes quase a gente não tinha ninguém, hoje muita gente tá desempregada, mudou de classe social ou perdeu plano de saúde (ASSISTENTE SOCIAL 03).

A ofensiva neoliberal intensifica as condições de precarização do trabalho e as relações entre os/as trabalhadores/as e usuários/as, inclusive dos/as assistentes sociais, como apontam as profissionais entrevistadas:

Ainda tem muita deficiência do provimento de profissionais, a rede precisa de mais profissionais, o CAPS precisa de mais psiquiatras de mais psicólogos, de mais terapeutas ocupacionais, nós precisamos inserir os profissionais do NASF e modificar essa forma de trabalho deles de só dois dias, mas que já é uma ajuda muito grande, nós precisamos de fono ao nosso alcance, de psicólogos infantil, nós precisamos de oftalmo na rede, de mais assistentes sociais nos CAPS, nos CRAS. A gente precisa de transporte, a gente precisa que os conselheiros tutelares recebam treinamento, porque muitos não têm [...] e um espaço de trabalho onde eu pudesse acessar, ter Internet, imprimir, escanear, ter um telefone na sala e um carro à disposição porque a gente realiza visita às quatro equipes, então eu tenho que andar com o ACS. O mais grosso é o provimento, precisa de mais profissionais, estamos aqui com uma área que tem uma enfermeira com três dias: quarta, quinta e sexta. Mas ela trabalha planejamento familiar, ela trabalha lâmina, acolhimento pré-natal, hanseníase, diabetes e hipertensão e tem que participar das reuniões de equipe, tem que fazer os relatórios dela de produtividade. E aí? Será que dá conta? É muito difícil poucos profissionais, então assim isso pra mim é o que a gente sofre mais porque a gente precisa encaminhar e demora em algumas situações, demora o acolhimento, como, por exemplo, visita domiciliar de CAPS aqui não existe há cinco meses, não tem psiquiatra. O CRAS do Santa Maria está com fila de espera de quase quatrocentas pessoas, então como vem uma pessoa com déficit de atenção que não é perfil CAPS, mas precisa de uma ajuda profissional específica e ela não tem, como eu não tenho neurocirurgião, neuropediatra?! São especialidades indispensáveis. O neuropediatra para diagnóstico de autismo, tratamento de epilepsia, TDH, como é que eu faço? Não tem como. Aí a fila de espera aumenta, os problemas na escola não se resolvem, os problemas de casa que geram ansiedade por uma sensação de impotência e a gente fica desacreditado, desmoralizado (ASSISTENTE SOCIAL 04).

Inscrive-se nesse cenário um dos momentos mais difíceis para as políticas sociais que atinge diretamente a categoria dos/as assistentes sociais, pois lida no seu trabalho com as expressões da desigualdade na sociedade de classes. Esse profissional teve e tem uma atuação contundente na colaboração das construções de lutas em prol “dos direitos sociais, econômicos, políticos e culturais, nesse país onde o termo direito não faz parte do cotidiano daqueles que não têm acesso a ele por meio das políticas sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 192).

Sobre isto, afirma-se ainda a ascensão do projeto privatista na área de saúde que se fortalece na atual conjuntura política, em que o capitalismo recria estratégias, com redução do papel do Estado e dos direitos da classe trabalhadora, com políticas sociais de reparação mínimas para os grupos mais vulneráveis, bem como a mercantilização nas mais diversas áreas sociais (FERRAZ; BERNARDES, 2018).

Ao dialogar sobre as situações que fragilizam a atuação intersetorial no município de Aracaju-SE, as realidades das USFs apareceram nas falas, principalmente a ausência de recursos materiais e humanos, a alta demanda da população, o descompromisso de alguns/mas profissionais e o fato de a intersetorialidade não ser algo instituído.

E falta de não ser algo instituído a intersetorialidade e acaba virando um favor de amizade: “Ah, eu te conheço e pra você eu vou explicar direitinho como é o acesso, eu vou te dar acesso...”. É pessoal assim, é um negócio muito interessante que ao mesmo tempo é bom, mas não é legal, né, por que e se eu sair daqui? (ASSISTENTE SOCIAL 05).

As entrevistadas destacaram que o fato de não ter um projeto de desenvolvimento de ações intersetoriais com uma articulação de rede de proteção social fragiliza a resolutividade do trabalho profissional, pois não deve ser uma ação de um profissional, um programa ou uma política, como já foi discutido no capítulo 3, mas a fixação dessa estratégia deve ser um compromisso na programação da gestão municipal.

Ainda sobre essas considerações, as assistentes sociais descreveram a relevância do diálogo, de uma comunicação e articulação entre a rede que quando ocorre é positiva para a materialização da intersetorialidade. Porém, diante dos relatos, essa correspondência fortalecida nem sempre ocorre a contento, em algumas localidades é perceptível nas falas que não há uma comunicação efetiva dos casos.

Eu acho que a rede tem muitas falhas, isso pra mim é uma coisa que dificulta. A contra referência é uma dessas falhas. Eu vejo que eu ligo bastante, mas quase ninguém liga de volta pra saber. Eu ligo bastante, mas depois não tenho

o retorno do caso. A maior falha é esse retorno que não temos, parece que estamos enxugando gelo. O fato de não ter o retorno não é tão ruim porque eu vou em busca. Hoje eu liguei pra dizer a situação de determinada criança, se amanhã ela ligasse pra mim pra dizer como foi, como fez a visita... Esse contato seria maravilhoso, mas isso não tem muito (ASSISTENTE SOCIAL 15).

Sabe-se que para que a intersectorialidade aconteça é preciso haver o diálogo entre as políticas e isso ocorre por intermédio dos/as profissionais que planejam e executam as ações. Na realidade de Aracaju-SE foi possível observar que a comunicação entre a política de saúde e as demais políticas ocorrem de maneira diferenciada, em alguns territórios estão mais fortalecidas e em outros fragilizadas.

Esse panorama é fruto da ausência de um direcionamento a nível de gestão municipal para a concretização da intersectorialidade e cada profissional constrói estratégias para realização do trabalho intersectorial na unidade de saúde em que atua; algumas conseguem adesão, mas outras não.

Outro fator referenciado que prejudica a comunicação entre as políticas em Aracaju é a divisão territorial. As profissionais alegam que a saúde não tem a divisão por região igual à assistência, pois algumas USFs têm CRAS de referência diversificados: “a distribuição territorial dos demais serviços, por exemplo, dou cobertura a duas equipes nessa unidade e cada equipe é de um CRAS diferente e CAPS diferentes também, além da distância para os usuários que muitas vezes já têm resistência em ir e ainda com a distância...” (ASSISTENTE SOCIAL 06).

Algumas assistentes sociais apontaram a necessidade de redefinição de alguns territórios alinhados com as demais políticas, visto que atualmente essa territorialização não acompanhou as mudanças da população, o que conseqüentemente dificulta o diálogo com a rede e o acompanhamento do/a usuário/a.

A ausência de material foi apontada como uma das situações que dificulta o trabalho intersectorial e essa insuficiência já fora pontuada nos parágrafos anteriores. Dentre as situações que dificultam a concretização da intersectorialidade, a falta de recursos humanos e a alta demanda da população foram os discursos mais sinalizados entre as profissionais:

O que dificulta é o grande número de atendimentos que precisamos prestar; aqui a gente às vezes não consegue nem respirar com a quantidade de gente. Temos uma área de oito mil pessoas, é muito grande. E é 100% SUS, é um posto cheio de gente desde a hora que abre até à hora que fecha, todos os dias, então a demanda é excessiva. Com certeza precisaria de, no mínimo, mais uma equipe da família completa (ASSISTENTE SOCIAL 13).

Então um médico, uma enfermeira, uma equipe só não têm dado conta, porque além de ser 100% SUS, é uma área arrundante de gestantes, de acamados (risos), sabe?! Então é difícil assim, eu acho que quando consegue pegar os casos finaliza, mas nem todo mundo é contemplado. No dia do agendamento mesmo que é no finalzinho do mês, no primeiro dia de manhã as vagas já esgotaram, então é uma demanda muito grande para pouco profissionais conseguirem dar conta de finalizar, acho que nem finalizar, de conseguir iniciar (ASSISTENTE SOCIAL 03).

Vivencia-se uma intensificação do modelo neoliberal, em que as demandas da população se colocam em volume e complexidade superiores ao suporte que o Estado oferta e o trabalho do/a assistente social se manifesta nessa desproporção, pois as necessidades da população não são atendidas pelas políticas sociais ou são feitas de forma precarizada, com coberturas insuficientes, resultantes do sucateamento dos serviços (BEZERRA; ARAÚJO, 2007).

As supramencionadas autoras reconhecem ainda que além desses condicionantes, outro aspecto que também interfere nas demandas apresentadas para o serviço social é o número reduzido de profissionais tanto da categoria, quanto das demais áreas, pois necessitam reorganizar o suporte à população devido ao quantitativo de profissionais. No presente estudo esse número reduzido foi sinalizado também na figura 03, que demonstra várias áreas descobertas de ESF.

No tocante à análise das entrevistadas sobre as maiores contribuições para a concretização da intersetorialidade, informaram o compromisso dos/as profissionais e das instituições envolvidas, a comunicação, o conhecimento da rede e as reuniões intersetoriais.

A pesquisa revelou que as profissionais reconhecem que uma das maiores colaborações para a materialização da intersetorialidade é o compromisso dos envolvidos nesse processo, revelaram a importância da escuta por parte do profissional da outra instituição que recebe a demanda e do retorno desse profissional sobre o caso, pois isso nem sempre acontece.

Nos acolhe e nos trata com respeito, pelo menos essa é a experiência que eu tive na maioria das vezes, eles levam em consideração nossas observações, tem cuidado de anotar e dar esse retorno: “Olha, eu tentei, fulana de tal veio aqui para as sessões, mas não vinculou, ela não está comparecendo”, então eu tenho esse retorno e isso demonstra respeito, rede e parceria, né? Que é a parceria que a gente precisa. Eu tenho esse retorno de todos: “Olha, eu mandei ele hoje pra aí, tá certo?!”. No outro dia ele me liga: “Olhe, ela não veio”. Pronto, eu tenho um exemplo aqui bem prático do CRAS: fui fazer uma visita domiciliar, passei o caso, endereço, cartão do SUS, dizendo que é extrema pobreza, cinco filhos, falta alimentação, fazendo vaquinha pra pagar energia, crianças passando necessidades, ver cesta básica se puder, trombose, hanseníase em estudo, o ponto de referência tal, isso foi dia 12, no dia 13 ela

me respondeu por áudio, dizendo que o serviço já conhecia o caso, ela foi visitar e percebeu que já era assistida, ela estava numa situação precária, não tem o que comer, com cinco crianças pequenas comendo só papa de arroz, ou seja, o Bolsa que ela estava recebendo não estava sendo suficiente, porque ela estava sem trabalhar devido o problema de saúde [...]. O médico começou a suspeitar que ela estava com hanseníase porque nunca ficava curada, então a gente encaminhou a demanda para o CRAS e eles nos deram retorno, então isso que nos faz entender que estamos em rede, em articulação, pois ela passa pra mim depois (ASSISTENTE SOCIAL 04).

A trabalhadora do SUS relatou um exemplo de uma ação realizada em conjunto com a política de assistência e que obteve o retorno do caso, ratificou esse diálogo como positivo, pois consegue compartilhar com as demais políticas as necessidades dos indivíduos e obtém o retorno da situação.

Compreendendo que aquele condicionante socioeconômico estava comprometendo a saúde da usuária e da sua família ao identificar e discutir essa demanda com a rede, iniciaram um processo de diálogo entre as duas políticas, com uma perspectiva de um atendimento integral às necessidades do sujeito.

Esse retorno da instituição como um todo foi pontuado como favorável para a execução da intersetorialidade, ou seja, as respostas que as instituições dão às demandas apresentadas: “o que facilita é o compromisso das instituições com as quais fazemos contatos e parcerias: o CRAS, o CAPS, os CREAS, escolas. O que nos estimula é a contrarreferência também, sinto esse compromisso de nos dar um retorno” (ASSISTENTE SOCIAL 20).

O conhecimento da rede também foi afirmado pelas entrevistadas como uma necessidade para a materialização da ação intersetorial, visto que o mapeamento do território e conhecimento das suas potencialidades e fragilidades são inerentes à intersetorialidade e necessários para a concretização de articulações entre as políticas.

Da mesma forma, a realização de reuniões foi sinalizada pelas profissionais como uma ação fundamental para o fortalecimento da intersetorialidade, foram relatadas a importância da reunião do setor de Serviço Social, que já vem ocorrendo e são discutidas as demandas específicas da área, inclusive com a presença de profissionais que atuam em outras políticas, as reuniões interdisciplinares dentro da unidade, bem como as reuniões intersetoriais.

As reuniões intersetoriais, aí dessas reuniões a gente consegue melhorar o nosso entendimento sobre cada um desses setores, os fluxos, de montar realmente uma rede intersetorial, dar mais segurança pra que a gente possa atuar porque às vezes a gente fica muito insegura, não sabe como vai encaminhar, o que vai fazer com aquele caso (ASSISTENTE SOCIAL 05).

Também a relação interna com os colegas, que se dispõe a ajudar nessa melhoria. São os recursos imateriais, essa coisa que vai sendo construída entre os profissionais, o conhecimento dos recursos que a comunidade dispõe também. As reuniões intersetoriais também facilitam o trabalho porque a gente precisa conhecer o profissional de outro setor. (Porém, estão suspensas por enquanto, há uns quatro meses) (ASSISTENTE SOCIAL 20).

Vale destacar que diante desse cenário os espaços coletivos tanto dos/as trabalhadores/as, gestores/as e usuários/as devem ser reafirmados como importantes estratégias para construções coletivas de melhorias tanto nas condições de trabalho, quanto na oferta de serviços para a população. E conforme frisado pelas entrevistadas, o planejamento e a ação conjunta entre os diversos serviços e políticas são alguns dos fatores que fortalecem as ações intersetoriais e contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população.

Portanto, além dessas repercussões a nível municipal, vivencia-se uma conjuntura a nível nacional de diversas inseguranças no que diz respeito à democracia e aos direitos sociais. Com implicações nas políticas sociais, inclusive com impactos significados na seguridade social e diante desse cenário de retrocessos, é primordial a realização de constantes reflexões nos diversos campos da vida social e sobre as consequências dessas alterações para a sociedade (WANDERLEY; SANT'ANA; MARTINELLI, 2019).

Sabe-se que a conjuntura nacional interfere diretamente na vida da população e para compreender a política de saúde e a sua interseção com as demais políticas também se faz necessário apreender a nível macro como esta se estrutura e as implicações que sofrem a nível geral, bem como a compreensão da sua organização a nível local, pois são construídas nas três esferas do governo. Nessa perspectiva, faz-se necessário dialogar constantemente sobre o planejamento e execução das políticas sociais e os rebatimentos a nível macro e micro, reconhecendo os principais obstáculos que interferem na execução de uma política que atenda às necessidades da população usuária, especialmente a classe trabalhadora.

Vale considerar que além das discussões expostas, é relevante considerar o contexto⁶⁵ político brasileiro atual, no qual o governo de Bolsonaro reafirma medidas ultra neoliberais,

⁶⁵ No período de finalização desse estudo, a política de saúde se depara com mais um desafio: a pandemia do coronavírus (COVID-19), que chegou também ao Brasil e agravou ainda mais as dificuldades sociais da população, pois além de ser um país historicamente desigual e que já apresentava vários desmontes em suas políticas sociais, conforme abordado nesse trabalho, coloca-se em iminência um novo momento que irá repercutir historicamente, principalmente na saúde pública. Vivencia-se nesse contexto uma crise sanitária, com a presença de um chefe de Estado que afirma posicionamentos contrários às orientações dos órgãos sanitários e de especialistas, bem como mudanças na pasta da saúde, com alternância de ministros em plena pandemia e deixa a população mais uma vez à mercê, sem propostas para a saúde e com preocupações voltadas apenas para seu projeto econômico, que é ameaçado nesse contexto. Registra-se milhões de mortes por todo o mundo e o Brasil tornou-se um dos países com maiores números de óbitos. A saúde pública vivenciou um dos momentos mais desafiadores dos últimos anos, em condições precárias de ofertas de serviços e esgotamentos de leitos em algumas realidades do país, dentre outros

que fortalecem o projeto privatista, com o reforço a medidas como o desfinanciamento, a precarização e a terceirização dos/as trabalhadores/as, focalização, privatizações, ações curativas, dentre outras que repercutem na vida da classe trabalhadora, que assiste diariamente a extinção de direitos sociais, conquistados historicamente.

Os resultados dessa pesquisa expõem que ainda temos vários desafios na concretização da intersetorialidade nas USFs de Aracaju-SE, bem como inúmeros caminhos para reafirmar esse compromisso com a população usuária.

Por fim, identifica-se na atualidade um dos contextos mais desfavoráveis para a materialização da intersetorialidade, a ofensiva neoliberal às políticas sociais e aos/as trabalhadores/as, mas nesses descaminhos é preciso realizar reflexões críticas e pensar em estratégias de articulações que reafirmem o nosso compromisso com a Reforma Sanitária e com o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

inúmeros desafios, que repercutirá nas políticas sociais, principalmente ao SUS, que já estava com seus serviços sucateados, com desfinanciamentos e com várias alterações em vigor que ameaçam a universalidade do sistema. Diante desse agravamento da situação da saúde pública no Brasil, 37 (trinta e sete) entidades da sociedade civil denunciaram à Organização das Nações Unidas (ONU) e Organizações dos Estados Americanos (OEA) as implicações da EC 95 e pediram a sua suspensão imediata ao Supremo Tribunal Federal (STF).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do presente estudo, *Serviço Social e Intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família no Município de Aracaju-SE*, objetivou analisar de que forma os/as assistentes sociais utilizam em seu cotidiano profissional a estratégia da intersetorialidade nas USFs. Nesse sentido, o trabalho buscou responder o seguinte problema de pesquisa: como os/as assistentes sociais utilizam a estratégia da intersetorialidade no âmbito das USF no município de Aracaju-SE, bem como responder as questões norteadoras: de que forma as ações intersectoriais permeiam as intervenções dos/as assistentes sociais inseridos/as nas USFs de Aracaju-SE? Quais as implicações decorrentes da atual conjuntura para a materialização da intersetorialidade? Qual a visão dos/as assistentes sociais sobre os principais desafios e perspectivas para a utilização da intersetorialidade no âmbito das USFs?

Nessa direção, em linhas gerais os resultados a respeito da utilização da estratégia da intersetorialidade por parte dos/as assistentes sociais apontam que as ações ocorrem de forma pontual, sem continuidade, ou seja, “os casos se perdem por si só”, não há o retorno da outra ponta institucional e quando ocorre é por contato telefônico. O Programa Bolsa Família foi identificado como uma ação desenvolvida no âmbito da atenção primária que exige uma maior demanda com relação às ações intersectoriais, uma vez que envolve as condicionalidades. No entanto, não se verificou a realização de um planejamento coletivo junto às políticas setoriais envolvidas. Com relação às implicações para a materialização da intersetorialidade evidenciaram-se que o contexto de subfinanciamento/desfinanciamento implicam na qualidade de atendimento aos serviços ofertados aos/as usuários/as, a exemplo da PNAB e do Previne.

A respeito da visão das profissionais sobre os desafios na utilização da intersetorialidade no âmbito das USFs, identificou-se que a regionalização, o desfinanciamento, a sobrecarga de trabalho, a superlotação das USFS e a redução das equipes de trabalho são algumas variáveis que fragilizam a efetividade das ações intersectoriais. Já com relação ao que facilita, identificou-se que o compromisso dos/as profissionais e das instituições, o conhecimento da rede, as reuniões de equipe, interdisciplinares e intersectoriais são possibilidades que fortalecem a estratégia da intersetorialidade na perspectiva de uma concepção ampliada de saúde.

A condução desse trabalho iniciou com as reflexões teóricas a partir da contextualização de um resgate sócio-histórico sobre a saúde pública brasileira, que inclusive apresentou elementos que interferem até os dias atuais na política de saúde. Em seguida, percorreu sobre os principais modelos de saúde até o alcance do SUS e as consequências para as políticas sociais com a consolidação do neoliberalismo em 1990, bem como discorreu sobre o debate dos

projetos em disputa: Privatista, Reforma Sanitária e Reforma Sanitária Flexibilizada, a relevância da PNAB e as alterações recentes que fragilizam a principal porta de entrada dos/as usuários/as no SUS.

Com o objetivo de realizar aproximações sobre o Serviço Social e a intersectorialidade, no decorrer do trabalho foi possível também proceder a uma discussão a respeito da ação intersectorial, as suas diversas concepções e o seu uso no meio acadêmico e, conseqüentemente, apresentou a inserção do/a assistente social na política de saúde no Brasil, inclusive na atenção primária à saúde, com análises a partir de autores que dialogam sobre os assuntos sinalizados. A esse respeito, teve como referência a definição de intersectorialidade como uma estratégia de articulação entre as políticas públicas que visa a integralidade e proteção social dos indivíduos para o enfrentamento das múltiplas expressões da questão social (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013).

Os dois últimos capítulos apresentaram a análise dos resultados dessa pesquisa, expôs o mapa de Sergipe e as observações sobre as estruturas e composições na política de saúde, dialogou sobre a relevância da inserção dos/as assistentes sociais nas equipes de saúde da família de Aracaju, uma vez que já era sinalizada como uma das pautas de discussões do conjunto CFESS-CRESS em âmbito nacional. Em seguida, apresentou os dados relacionados à materialização da intersectorialidade pelos/as assistentes sociais nas USFs de Aracaju e os aspectos vinculados a essa estratégia, os quais ofereceram elementos que possibilitaram responder o problema da pesquisa e as questões norteadoras.

Na coleta dos dados foram realizadas 03 (três) entrevistas por cada região de saúde, mas por desfalques temporários ou permanentes de profissionais, em 02 (duas) regiões só foi possível entrevistar 01 (uma) em cada, o que totalizou uma amostra de 20 (vinte) profissionais entrevistadas e contemplou as 08 (oito) regiões de saúde de Aracaju-SE.

A pesquisa revelou o perfil das assistentes sociais entrevistadas, apontando os seguintes dados: a maior parte das profissionais possuem entre 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade; a totalidade da amostra da pesquisa foi do sexo feminino, o que reafirma a predominância das mulheres na categoria; com formação majoritária entre os anos de 1980 a 2010, período que acrescentou significativas mudanças na formação profissional, a partir das Diretrizes Curriculares de 1996. A respeito da atualização profissional, 17 (dezessete) assistentes sociais entrevistadas possuem pós-graduação; a maior parte das profissionais tem entre 11 (onze) e 15 (quinze) anos de atuação na Prefeitura Municipal de Aracaju; o maior número das entrevistadas estão na mesma equipe há aproximadamente entre 06 (seis) meses e

05 (cinco) anos e 60% (sessenta por cento) das profissionais cumprem uma carga horária de 40 (quarenta) horas semanais.

Por conseguinte, as entrevistadas sinalizaram que há uma disparidade na assistência às equipes, visto que algumas assistentes sociais realizam cobertura de 01 (uma) equipe, enquanto outras assistem 06 (seis). Essa desproporção demonstrou a necessidade de rever o número de distribuição dos/as profissionais e de requisição de mais assistentes sociais por meio de concurso público no sentido de garantir melhores condições de trabalho e a oferta de um atendimento com mais qualidade para os/as usuários/as. As profissionais além de lidar com esse número alto de equipes que devem assistir, ainda se deparam com situações que demandam intervenções intersetoriais. Outro fator que nos chamou a atenção é o questionamento: como o município está se preparando para as demandas de afastamentos temporários e permanentes, visto que não há previsão de concursos públicos, apenas de processos seletivos?

Ao definir o conceito de intersetorialidade, o maior número das entrevistadas apresentou um entendimento de articulação entre as diversas políticas ou instituições que se fazem necessárias para a garantia do direito à saúde e ao acesso às demais políticas sociais com o objetivo de atender a população usuária de maneira integral. No entanto, dentre as entrevistadas algumas definiram a intersetorialidade como interdisciplinaridade, confundindo as duas nomenclaturas e as suas definições, exemplificando como ações intersetoriais as realizadas internamente com demais categorias. Vale considerar que essas falas não são apenas confusões conceituais, as afirmações descritas interferem diretamente na intervenção profissional.

Nesse estudo foi possível evidenciar a ausência de uma estruturação mínima que oriente os/as profissionais com relação às ações intersetoriais no município de Aracaju-SE. Observou-se que a estratégia da intersetorialidade ocorre no âmbito individual, uma vez que não há uma orientação dos fluxos, das ofertas de serviços e das estratégias para a materialização da intersetorialidade, ratificando a necessidade de um direcionamento dessas ações na esfera institucional e a responsabilidade da gestão municipal. Desse modo, algumas verbalizações das entrevistadas afirmaram que além das condutas individuais, as ações intersetoriais acontecem porque as profissionais contam com “boa vontade”, conhecimentos e favores, uma rede de solidariedade, auto ajuda, dentre outras, que reafirmam que esse cenário conserva também as velhas práticas assistencialistas.

A atuação intersetorial foi descrita majoritariamente como demandas pontuais, contudo, algumas profissionais apresentaram um caráter mais contínuo e coletivo das ações, com intervenções realizadas por intermédio de discussões de casos, com planejamento e em um direcionamento de continuidade das ações como, por exemplo, as reuniões intersetoriais.

Consideraram a importância da intersetorialidade nas demandas individuais, mas também dialogaram sobre necessidades coletivas da população que envolvem outras políticas e que interferem diretamente nos condicionantes e determinantes da saúde.

Afirmaram ainda que os direcionamentos curativos, individualistas e descontínuos das ações intersetoriais na rede municipal de Aracaju são verificados também em relação aos retornos dos casos, pois nem sempre são discutidos, bem como não têm devolutiva do que foi feito por parte dos outros equipamentos e que essa problemática decorre, principalmente, pela alta demanda dos serviços. Outro fator apontado nessa pesquisa e sinalizado também pela literatura, o qual implica diretamente nas intervenções profissionais, é a queda de cobertura das áreas, o que resulta em territórios descobertos, seja pela expansão territorial da cidade, aumento da população ou por redução de equipes.

As entrevistadas enfatizaram que o/a assistente social, por ter uma formação generalista e crítica, é o profissional que mais favorece as ações intersetoriais e é conhecido pelas demais categorias como um articulador e conhecedor do território. Reiteraram essa relevância do fazer profissional e consideraram várias habilidades e conhecimentos dessa categoria que corroboram com a intersetorialidade. Contudo, é importante assinalar que essa ação não deve ser vista como específica de uma área, mas uma atividade que deve ser realizada pelos/as profissionais envolvidos/as no atendimento ao/a usuário/a.

Com relação aos maiores números de encaminhamentos intersetoriais registrados no prontuário eletrônico, as regiões 7ª e 8ª foram as que se destacaram com os maiores registros no período entre 01 de janeiro de 2018 a 11 de junho de 2020. No que diz respeito às maiores demandas de caráter intersetorial, as falas das entrevistadas afirmaram que o PBF se concretiza como a maior dentre as ações realizadas, ressalta-se que o programa já tem o viés intersetorial na sua estruturação, porém as atividades relacionadas ao Bolsa Família foram descritas como ações pontuais de acompanhamento das condicionalidades e manutenção no programa, inclusive com intervenções que não estão correlatas com os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Observou-se também uma ausência de planejamento das ações a nível da gestão municipal, as quais se concretizam a partir das orientações gerais do programa. Em seguida, foram relatadas as situações de violação de direitos e a negação do acesso aos serviços de saúde, principalmente em questões que dizem respeito à violência aos grupos vulneráveis e dificuldades de acessar a rede especializada da saúde, o que resulta em encaminhamentos aos órgãos de proteção e/ou judicialização da saúde. Dentre as maiores necessidades da população apareceram também as que dizem respeito à intrasetorialidade e ligadas principalmente à saúde mental e ao acesso a bens e serviços no âmbito da saúde.

De acordo com as entrevistadas, as maiores intervenções ocorrem com a política de assistência social: 100% das entrevistadas elegeram essa política como a mais acionada para a realização da intersetorialidade no cotidiano profissional. Em seguida, as Defensorias, Ministérios Públicos, Juizados e Delegacias foram reveladas como as instituições mais demandadas no cotidiano do trabalho das assistentes sociais nas USFs, seja por respostas aos relatórios solicitados ou por encaminhamentos a demandas dos/as usuários/as que não são atendidas, bem como situações que envolvem grupos vulneráveis e negligências.

Os resultados obtidos com a realização desse estudo permitiram apreender que as ações intersetoriais realizadas pelas assistentes sociais nas USFs de Aracaju-SE encontram-se ainda mais fragilizadas na atual conjuntura, apresentam diversas situações que dificultam a efetivação da intersetorialidade, pois há uma ausência de direcionamento das ações e, consequentemente, descontinuidade das mesmas, insuficiência de recursos humanos e materiais e um panorama a nível mais geral, considerado desfavorável para a concretização dessas ações.

Nesse sentido, vale ressaltar que frente às reflexões realizadas a partir do estudo foram recorrentes as revelações de condições de trabalho desfavoráveis para as profissionais entrevistadas, inclusive com utilização de instrumentos pessoais nas atividades desenvolvidas nas USFs. Do mesmo modo, ratificaram também a ausência de material humano tanto na política de saúde, como nas demais políticas, pois provoca deficiência no atendimento, gera sobrecarga de trabalho e consequentemente uma assistência fragilizada, além de que esse enfraquecimento do setor da saúde redefine as ações dos/das profissionais e interfere diretamente na concretização de ações intersetoriais.

As entrevistadas assinalaram na pesquisa que as situações que interferem na concretização da atuação intersetorial no município são, principalmente: a intersetorialidade não ser algo instituído, o que fragiliza o trabalho profissional, visto que não deve ser uma ação de um profissional, um programa ou uma política, mas deve ser um compromisso na programação da gestão do município; a ausência de recursos materiais e humanos, a alta demanda da população, o descompromisso de alguns/mas profissionais e a divisão territorial, pois a saúde não tem a mesma divisão por região igual à assistência, o que muitas vezes requer que o/a usuário/a se desloque para um local mais distante, bem como dificulta o diálogo entre as políticas, pois afirmam que algumas USFs têm dois CRAS diferentes, dois CAPS, dentre outras situações.

No tocante à análise das entrevistadas sobre as maiores contribuições para a concretização da intersetorialidade nas USFs de Aracaju, informaram: o compromisso dos/as

profissionais e das instituições envolvidas, a comunicação entre os/as profissionais, o conhecimento da rede e as reuniões de equipe, interdisciplinares e intersetoriais.

Os resultados dessa pesquisa expõem que o cenário atual revela vários desafios para a consolidação da intersetorialidade nas USFs de Aracaju-SE, além das situações a nível local, visto que não se verificou um direcionamento da gestão municipal para as ações intersetoriais. A política de saúde vivencia diversas mudanças nas legislações, inclusive na Constituição Federal, as quais fragilizam ainda mais a saúde pública enquanto acesso universal e comprometem o seu financiamento. A conjuntura contemporânea é demarcada por um alargamento da desigualdade social, que exige dos/as profissionais o encaminhamento de demandas, as quais necessitam do envolvimento de uma rede de proteção social. No entanto, esta rede também apresenta dificuldades decorrentes das condições desfavoráveis no contexto de contenção de gastos das políticas sociais, com uma estrutura de Estado desmontado que minimiza as possibilidades de intersetorialidade.

O delineamento realizado nesse estudo aponta que apesar do/a assistente social agregar um conjunto de informações e práticas no campo da intersetorialidade, as quais colaboram com o processo de construção e fortalecimento dessa estratégia, com relevância para a política de saúde, as ações nas USFs ocorrem em ausência de uma orientação dos fluxos, das ofertas de serviços e das estratégias para a materialização da intersetorialidade, o que relacionadas aos atuais desmontes, com o desfinanciamento das políticas sociais, esvaziamentos de recursos humanos e aumento do número de pessoas que necessitam cada vez mais das políticas sociais, têm impactado diretamente nas ações intersetoriais, com políticas seletivas e de fortalecimento do projeto privatista na saúde.

Desse modo, os resultados dessa pesquisa revelam que ainda temos vários desafios na concretização da intersetorialidade nas USFs de Aracaju-SE, bem como inúmeros caminhos para reafirmar esse compromisso com a população usuária. E essas respostas devem ser planejadas e discutidas pela gestão municipal juntamente com os/as profissionais e os/as usuários/as, em um direcionamento que efetive essa prática nas políticas sociais e sejam realizadas por todos/as os/as profissionais que atuam no atendimento ao/a usuário/a.

Ressalta-se a importância dessa temática para os/as assistentes sociais, visto que as reflexões aqui expostas dialogaram sobre o aprofundamento das discussões em torno das ações profissionais. Nesse sentido, a intersetorialidade deve fazer parte das reflexões dos/as profissionais, pois é uma ferramenta que reafirma o compromisso da categoria com os direitos sociais dos/as usuários/as e com a integralidade da assistência à saúde, os quais se alinham ao Projeto Ético-Político Profissional e ao projeto de Reforma Sanitária.

Os dados do presente estudo serão apresentados aos/as assistentes sociais que atuam nas USFs de Aracaju a partir de um agendamento prévio com a Responsável Técnica do Serviço Social, com o objetivo de democratizar as informações consubstanciadas nessa pesquisa.

Por fim, esse estudo não se conclui aqui, visto que foram pontuados um rol de situações nessa relação, os quais necessitam de mais estudos e abordagens sobre a temática, principalmente na atual conjuntura de retrocessos das políticas sociais. Nesse sentido, sugere-se a continuidade em torno do fazer profissional do assistente social e a intersetorialidade em políticas de saúde específicas: saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, bem como na política de assistência social especialmente junto ao BPF, dentre outras.

REFERÊNCIAS

ABESS; CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Serviço Social & Sociedade**: o Serviço Social no século XXI, São Paulo, ano XVII, n. 50, 1996a.

ABESS; CEDEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social (Com base no currículo mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 08 de novembro de 1996)**. Rio de Janeiro, 1996b.

ANDRADE, R. F. N. Judicialização da Saúde: uma análise a partir dos assistentes sociais inseridos na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE. 2019. **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão-SE.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo do Serviço Social nas Redes de Saúde do SUS**. Aracaju, 2016.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Aracaju, 2017.

ARACAJU. Prefeitura de Aracaju. **Confira os últimos editais promovidos pela Prefeitura de Aracaju (Parte 2)**. [s/d]. Disponível em: <<https://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=67968>>. Acesso em: 05 set. de 2020.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 05, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2019.

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATALHA, E; LAVOR, A. Toda atenção que o SUS e a população merecem. **RADIS – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 183, dez. 2017.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEZERRA, S. O; ARAÚJO, M. A. D. As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 02, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BORGES, J. L. J. O trabalho do/a assistente social no contexto do SUS e o debate sobre a qualificação profissional. *In*: MACHADO, M. L.; SANTOS, V. N.; BORGES, J. L. J. (Org.). **Mercado de trabalho, qualificação e “competência” profissional: desafios para o/a assistente social**. São Cristóvão: Ed. UFS, 2017.

BOSCHETTI, I. Condições de trabalho e a luta dos (as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 4682, de 24 de janeiro de 1923**. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Diário Oficial da União: Rio de Janeiro, 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Senado, Brasília: DF, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília-DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília-DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; Universidade Federal da Bahia (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva. **O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/psf_evolucao_brasil.pdf>. Acesso em 05.fev.2020>. Acesso em: 05 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF, 2006. Disponível em: <<http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Miséria. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS) - 2004**. Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 08 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília-DF, 2011a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>.

Acesso em: 06 fev. 2019.

BRASIL. Governo Federal. **A atuação do Estado na atuação público x privado**. 2011b.

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/noticias/01_dez_atuacao_estado_2.html>.

Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Saúde mental. Brasília-DF, 2013a. (n. 34).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Instrução Operacional Conjunta 20 ENARC/MDS – SAS/MS, de 12 de julho de 2013**. Trata sobre os procedimentos para a identificação de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família elegíveis ao Benefício Variável à Gestante (BVG) e das regras relacionadas à concessão desse benefício. Brasília-DF, 2013b. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/instrucoes_operacionais/2013/io_conjunta_20_senarc_mds_sas_ms.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília-DF, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

Acesso em: 23 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF, 2019a.

Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.

BRASIL. **Orientações sobre o Programa Bolsa Família na Saúde**. Brasília-DF, 2019b.

Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/APOSTILA-ORIENTA%C3%87%C3%95ES-BOLSA-FAM%C3%8DLIA-NA-SA%C3%9ADE.pdf>>.

Acesso em: 08 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Relatórios de informações sociais. *In: Relatórios de informações sociais*: RI Bolsa Família e Cadastro Único. Brasília, 08 jul. 2020. Disponível em:

<<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php#Contato%20da%20Gest%C3%A3o%20>>. Acesso em: 08 jul. 2020.

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. de S.; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. (Orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: DEPEXT; NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. O significado político e profissional do Congresso da Virada para o Serviço Social brasileiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 100, 2009.

BRAVO, M. I. S. Impactos da Crise Contemporânea na Seguridade Social: Desafios postos aos assistentes sociais da saúde. In: **Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde**, Brasília, 2017.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. [et al] (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. [et al] (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 01, 2018.
Disponível em:

<<https://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/19139/13218/56545>>. Acesso em: 04 ago. 2020.

CALAINHO, D. B. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 19, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tem/v10n19/v10n19a05.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2019.

CANUTO, O. M. C. O Serviço Social na atenção primária à saúde: construindo novas práticas e saberes. In: COSTA, Liduina F. Almeida da; RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco (Orgs.). **Políticas de saúde e Serviço Social: contradições, ambiguidades e possibilidades**. Campina Grande: EDUFCG; Fortaleza: Ed. UECE, 2017.

CAVALCANTI, P. B.; BATISTA, K. G. S.; SILVA, L. R. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. I, Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013. **Anais...**
Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

CAVALCANTI, P. B.; MACEDO, E. F. T. A Relação Complexa entre o Serviço Social no Contexto da Saúde e o Uso da Intersetorialidade. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 14, n. 02, 2015. Disponível em:
<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8642737>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CFESS. **Política Nacional de Fiscalização**. Deliberações do Encontro Nacional CFESS/ CRESS, 2002. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio_2002_31.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CFESS. **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília: CFESS, 2005.

CFESS. **CFESS manifesta 30 anos do congresso da virada**. Brasília. Conselho Federal de Serviço Social, 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/congresso.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2020.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília. Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CFESS. **CFESS se posiciona contra a extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)**. 28 fev. 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1669>>. Acesso em: 05 set. 2020.

COHN, A. As Políticas de Abate Social no Brasil Contemporâneo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 109, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452020000100129&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2020.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: Políticas e Organização de Serviços. São Paulo: Cortez, 2005.

COSTA, R. R.; OLIVEIRA, L. C. Atuação do/a assistente social na Estratégia Saúde da Família em uma metrópole brasileira. In: COSTA, Liduina F. Almeida da; RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco (Orgs.). **Políticas de saúde e Serviço Social**: contradições, ambiguidades e possibilidades. Campina Grande: EDUFPG; Fortaleza: Ed. UECE, 2017.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XXI, n. 62, 2000.

COSTA, M. D. H. Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. 2010. **Tese** (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE.

DIAS, M. S. de A. [et al]. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada haver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

DOMINGUEZ, B. Sem financiamento, sem SUS. **RADIS – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 204, set. 2019.

FALEIROS, V. P. **O que é política social**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais do Brasil. *In: Capacitação em serviço social e política social*. Brasília, DF: UnB; Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000. (módulo 03).

FERRAZ, A. T. R.; BERNARDES, F. Reformas regressivas e política de saúde. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 01, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19647>>. Acesso em: 04 ago. 2020.

FERREIRA, V.; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. *In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

FIGUEIREDO, N. O.; PORTO JÚNIOR, F. G. R. Políticas Públicas de Saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica brasileira. *DESAFIOS*, Palmas, v. 04, n. 01, 2017. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/3148>>. Acesso em: 03 set. 2019.

FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 03, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010>. Acesso em: 21 set. 2019.

FRANCESCHINI, M. C. T. A Construção da Intersetorialidade: o caso da Rede Intersetorial Guarulhos Cidade que protege. 2019. *Tese* (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA L.; ESCOREL, M. E. M.; MENDONÇA, H. M. M. *Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GOMES, L. V. B.; LEITE, M. C. T.; BELFORT, S. R. C. *Protocolo do Serviço Social nas Redes de Saúde do SUS/Aracaju*. Prefeitura Municipal de Aracaju, 2016.

IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 120, 2014.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7696/6269>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. espec., 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 01, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **XI Concurso de ensayos del clad “el tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”**. CLAD: Caracas, 1997. Disponível em: <http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/junqueira_inojosa_komatsu_1997.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

LANZA, L. M. B; CAMPANUCCI, F. S; BALDOW, L. O. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 15, n. 02, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2020.

LESSA, A. P. G. Prefácio à primeira edição. In: COSTA, Liduina F. Almeida da; RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco (Orgs.). **Políticas de saúde e Serviço Social: contradições, ambiguidades e possibilidades**. Campina Grande: EDUEFCG; Fortaleza: Ed. UECE, 2017.

MACHADO, L. A. **Construindo a intersectorialidade**. [s/l], 2009. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersectorialidade/file>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

MARIANO, A. M. E. As políticas sociais no cenário brasileiro: o desafio da intersectorialidade. Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 4, Belo Horizonte, 2016. **Anais...** Disponível em: <<https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/5f/5fa1b870-50fb-4253-86b8-ab7<1b0837202.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

MARX, K. **O Capital: crítica da Economia Política**. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MATTOSO, F. A. A dimensão do trabalho territorial do assistente social na estratégia saúde da família. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 24, 2009. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/download/530/597>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MELO, E. A. [et al]. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia no projeto liberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MENDES, E. V. Entrevista: o SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 08, n. 02, 2005.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 04, n. 02, 1999.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S [et al] (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MIOTO, R. C. T.; SCHUTZ, F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. O direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul. **Diprosul**, Pelotas, 2011. Disponível em: <<http://antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elizabete [et al] (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. [et al] (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 23, n. 02, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/26181>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MONNERAT, G. L. [et al]. Apresentação. In: MONNERAT, G. L. [et al]. **A Intersetorialidade na Agenda das Políticas Sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. A Intersetorialidade na Trajetória Recente da Política de Saúde Brasileira. Jornada Intersetorial de Políticas Públicas, 4, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2009. **Anais...** Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/a-intersetorialidade-na-trajetoria-recente-da-politica-de-saude-brasileira.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 01, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2019.

MOTA, A. E. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. Dossiê trabalho e projeto institucional. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 20, 2007. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/164>>. Acesso em: 08 set. 2019.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2015.

NOGUEIRA, M. C. F; BÓGUS, C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 03, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

OLIVEIRA, L. C. de; MAIA, F.R.B. A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”. In: COSTA, Liduina F. Almeida da; RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco (Orgs.). **Políticas de saúde e Serviço Social**: contradições, ambiguidades e possibilidades. Campina Grande: EDUEFCG; Fortaleza: Ed. UECE, 2017.

OLIVEIRA, J. A. A; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): Expressão ou Reprodução da Revolução Passiva? **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 49, 2017. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/946>>. Acesso em: 27 set. 2020.

PANSINI, A. L. L. A intersetorialidade entre saúde e assistência social no município de Vitória-ES. 2011. **Dissertação** (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES.

PAULA, K. A; PALHA, P. F; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface**, Botucatu, v. 08, n. 15, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2020.

PEREIRA, P. A. P; STEIN, R. H. Política Social: universalidade versus focalização: um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete [et al] (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I; SANTOS, S. M. M; MIOTO, R. C. T. (Orgs.). **Política Social no Capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. *In*: MONNERAT, G.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2006. Disponível em: <<http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2019.

RAICHELIS, R. O trabalho do Assistente Social na esfera estatal. *In*: CFESS (Org.). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CEFESS; ABEPSS, 2009.

REIS, C. R; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2020.

RIBEIRO, D. S. O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos? 2014. **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG.

ROCHA, R. L. Vidas sob ataque. **RADIS – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 204, set. 2019.

SANTOS, M. T.; MANFROI, V. M. Condições de trabalho das/do assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 36, v. 13, 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/21057/15716>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

SANTOS, V. G. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SERGIPE. Governo do Estado de Sergipe. **Plano Estadual de Saúde- 2016-2019**. Aracaju, 2016.

SCHUTZ, F. A intersectorialidade no campo da política pública: indagações para o Serviço Social. 2009. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

SEGRE, M; FERRAZ, F. C. O Conceito de Saúde. **Revista Saúde Pública**, n. 31, v. 05, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SILVA, M. O. da S. O Bolsa Família: Intersectorialidade-Dimensão Central na Implementação e nos Resultados do Programa. *In*: MONNERAT, G.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

SILVA, M. O. da Silva. [et al]. Comunidade Solidária: contradições e debilidades do discurso. *In*: SILVA, Maria Ozanira da Silva. (Org.). **Comunidade Solidária: o não-enfrentamento da pobreza no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2001.

STEVANIM, L. F. Previne Brasil: mudança sem debate. **RADIS – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 207, dez. 2019.

TAVARES, M. C. A Inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento. 2009. **Tese** (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, A. M. V.; BALTAR, J. F. Universidade e Saúde. Formação profissional para o Sistema único de Saúde? *In*: DUARTE, J. O. [et al] (Orgs.). **Política de Saúde hoje: interface & desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

WANDERLEY, M. B; SANT'ANA, R. S; MARTINELLI, M. L. Os desafios do contexto atual: um diálogo a partir da segurança. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 135, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282019000200207&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2020.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. *In*: CFESS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 110, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200005>. Acesso em: 09 set. 2020.

YAZBEK, M. C. Sistema de Proteção Social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. *In*: MONNERAT, G.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

Entrevista nº _____

Data: _____

USF: _____

Parte I - PERFIL PROFISSIONAL

1. Idade: _____
2. Sexo: F () M ()
3. Ano de formação: _____
4. Pós-graduação: _____
5. Tempo de trabalho na instituição: _____
6. Tempo de trabalho na equipe atual: _____
7. Quantidade de ESF (cobertura): _____
8. Vínculo trabalhista atual: () CLT () Estatutário () Outro _____
9. Carga horária: () 20h () 30h () 40h

Parte II - RELACIONADO AO OBJETO DE ESTUDO

1. O que entende sobre intersetorialidade?
2. Como ocorre a intersetorialidade nas ESF's na qual atua?
3. Quais as principais contribuições das ações intersetoriais na comunidade em que atua?
4. De que forma o trabalho do/da assistente social contribui para a materialização da intersetorialidade nas USFs?
5. Enumere as demandas que se apresentam ao Serviço Social de caráter intersetorial?
6. Quais políticas/instituições mais acionados para o atendimento das demandas dos usuários?
Como ocorre?
7. De que forma sistematiza os problemas mais frequentes?
8. As condições atuais do trabalho permitem o desenvolvimento de ações intersetoriais com a finalização dos casos?
9. Quais são os fatores que facilitam e os que dificultam o desenvolvimento do trabalho intersetorial pelo Serviço Social?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização de entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais das Unidades de Saúde da Família de Aracaju-SE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU-SE**”, realizada pela pesquisadora Cibele Ferreira Cezar, assistente social (CRESS-SE 2442), orientada pela Prof^a. Dra. Rosângela Marques dos Santos.

O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa justifica-se pela importância do trabalho intersetorial dos/das assistentes sociais no campo das políticas sociais públicas e a realização de poucos trabalhos que revelam a discussão da intersetorialidade a partir das experiências profissionais. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo analisar de que forma os/as assistentes sociais utilizam em seu cotidiano profissional a estratégia da intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju-SE.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: realização de entrevistas semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, a partir de um roteiro e agendamento prévio, as perguntas poderão ser gravadas e transcritas pela pesquisadora retirando quaisquer informações identificatórias, terão a duração aproximada de 01(uma) hora e pode ser interrompida a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente.

Esta pesquisa tem alguns riscos mínimo, que são: a possível interpretação da resposta de maneira equivocada, ou falas com interpretações ambíguas, sendo necessário ser contornado para evitar problemas para a pesquisa. Diante disso, será necessário transcrever as entrevistas e

depois entrar em contato com o entrevistado para esclarecer dúvidas, que ficaram pendentes. Registra-se ainda que o material coletado será guardado de maneira sigilosa e segura, apenas nos arquivos de acesso dos autores da pesquisa por um período de 05 (cinco) anos após o término da pesquisa, conforme preconiza a resolução 510/2016.

O presente estudo tem como benefícios a produção de conhecimento na área do Serviço Social e das Políticas Públicas, no que diz respeito ao conhecimento das ações profissionais, na perspectiva do fortalecimento da intersetorialidade, consequentemente da afirmação do SUS, enquanto política pública e analisar os limites e as possibilidades das ações intersetoriais na atual conjuntura.

Fui informado(a) que terei todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar, caso tenha dúvidas com relação ao estudo, devo contatar a pesquisadora ou orientadora: Cibele Ferreira Cezar (79-99813-4277), e-mail: cibely.aju@outlook.com; Rosângela Marques dos Santos (79-99986-9392), e-mail: romarques020@gmail.com.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais, atendendo as legislações brasileiras (Resoluções Nº 510/16 e Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os dados coletados poderão ser utilizados para publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia. Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento. Ressalta-se que a pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da mesma.

São Cristóvão, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A - Carta de Anuência



Estado de Sergipe
Prefeitura de Aracaju
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Educação Permanente da Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Ariana Cavalcante de Melo, Coordenadora do Centro de Educação Permanente da Saúde, da Secretaria da Saúde de Aracaju/SE, declaro estar ciente da pesquisa **"Serviço Social e Intersetorialidade: um estudo sobre a atuação dos Assistentes Sociais Inseridos nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju."**, que tem como pesquisadora responsável Cibele Ferreira Cezar.

Tal pesquisa está vinculada a Universidade Federal de Sergipe, sob orientação da Professora Rosângela Marques dos Santos. A pesquisa foi avaliada como viável de ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Aracaju que compõem a Rede de Atenção Primária da SMS Aracaju.


Estou ciente de que sua metodologia será desenvolvida sob a resolução CNS 466/2012 e das demais resoluções complementares autorizo a realização da pesquisa.

Aracaju, 18 de Junho de 2019.

Ariana Cavalcante de Melo
Coordenação do Centro de Educação Permanente da Saúde
CPF: 046.842.774-02
Matrícula 430.161

CEPS – CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
Rua Sergipe, 1001 – Bairro Siqueira Campos- CEP 49000-000 – ARACAJU-SE
E-MAIL: ceps.estagios@aracaju.se.gov.br – Tel: 3711-0917/ 98114-5511

ANEXO B - Fichas de Atendimento⁶⁶

 Prefeitura Municipal de Aracaju Fichas de Atendimento Especialidade = 135 ou 388 Saída do Atendimento = 111 Data entre 01/01/2018 e 30/12/2020		C.N.P.J.: 11.718.406/0001-20	Página: 1 de 3 Data: 11/06/2020 Horário: 10:44:45
			Quantidade
			6
			6
			6
111 - Encaminhamento Intersetorial			6
			27
			7
			7
111 - Encaminhamento Intersetorial			7
			20
			20
111 - Encaminhamento Intersetorial			20
			79
			79
			79
111 - Encaminhamento Intersetorial			79
			76
			47
			47
111 - Encaminhamento Intersetorial			47
			28
			28
111 - Encaminhamento Intersetorial			28
			1
			1
111 - Encaminhamento Intersetorial			1
			555
			555
			555
111 - Encaminhamento Intersetorial			555
			155
			155
			155
111 - Encaminhamento Intersetorial			155
			167
			157
			157
111 - Encaminhamento Intersetorial			157
			23
			23
			23
111 - Encaminhamento Intersetorial			23
			454
			454
			454
111 - Encaminhamento Intersetorial			454
			275
			275
			275
111 - Encaminhamento Intersetorial			275
			35
			35
			35
111 - Encaminhamento Intersetorial			35
			14
			14
			14
111 - Encaminhamento Intersetorial			14
			2
			2
			2
111 - Encaminhamento Intersetorial			2
			2
			2
			2
111 - Encaminhamento Intersetorial			2
			7

IDS Software

IDSSaude - Versão: 5.15.4

Programa: TDmFicAt5153 - Modelo.fr3

⁶⁶ Detalhes omitidos.



Prefeitura Municipal de Aracaju

Fichas de Atendimentos

Especialidade = 135 ou 388

Saída do Atendimento = 111

Data entre 01/01/2018 e 30/12/2020

C.N.P.J.: 11.718.406/0001-20

Página: 2 de 3

Data: 11/06/2020

Horário: 10:44:45

	Quantidade
	7
	7
111 - Encaminhamento Intersetorial	7
	155
	155
111 - Encaminhamento Intersetorial	155
	15
	13
	13
111 - Encaminhamento Intersetorial	13
	2
	2
111 - Encaminhamento Intersetorial	2
	341
	341
111 - Encaminhamento Intersetorial	341
	43
	43
	43
111 - Encaminhamento Intersetorial	43
	54
	54
	54
111 - Encaminhamento Intersetorial	54
	555
	555
111 - Encaminhamento Intersetorial	555
	4
	4
	4
111 - Encaminhamento Intersetorial	4
	37
	37
111 - Encaminhamento Intersetorial	37
	5
	5
	5
111 - Encaminhamento Intersetorial	5
	163
	4
	4
111 - Encaminhamento Intersetorial	4
	159
	159
111 - Encaminhamento Intersetorial	159
	1
	1
	1
111 - Encaminhamento Intersetorial	1
	101
	101
	101
111 - Encaminhamento Intersetorial	101
	195
	195
	195
111 - Encaminhamento Intersetorial	195
	142
	142
	142
111 - Encaminhamento Intersetorial	142
	20



Prefeitura Municipal de Aracaju
Fichas de Atendimentos
 Especialidade = 135 ou 388
 Saída do Atendimento = 111
 Data entre 01/01/2018 e 30/12/2020

C.N.P.J.: 11.718.406/0001-20

Página: 3 de 3
 Data: 11/06/2020
 Horário: 10:44:45

	Quantidade
	20
	20
111 - Encaminhamento Intersetorial	20
	217
	217
	217
111 - Encaminhamento Intersetorial	217
	204
	204
	204
111 - Encaminhamento Intersetorial	204
	8
	8
	8
111 - Encaminhamento Intersetorial	8
	1
	1
	1
111 - Encaminhamento Intersetorial	1
	32
	32
	32
111 - Encaminhamento Intersetorial	32
	1
	1
	1
111 - Encaminhamento Intersetorial	1
	875
	875
	875
111 - Encaminhamento Intersetorial	875
	80
	74
	74
111 - Encaminhamento Intersetorial	74
	6
	6
111 - Encaminhamento Intersetorial	6
Total	5.116

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU/SE.

Pesquisador: CIBELE FERREIRA CEZAR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17557619.3.0000.5546

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.547.805

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1212617.pdf, postado em 17/07/2019).

Introdução:

A presente pesquisa objetiva analisar de que forma os assistentes sociais utilizam em seu cotidiano profissional a estratégia da intersectorialidade nas Unidades de Saúde da Família (USF's) de Aracaju/Se. Nessa perspectiva, discorrerá sobre algumas categorias importantes nesse processo de análise do presente estudo, com apontamentos sobre a política de saúde e as consequentes mudanças e atuais implicações, que interferem diretamente na atuação profissional dos assistentes sociais inseridos na saúde pública brasileira. Dessa forma, a presente pesquisa proporcionará uma discussão que envolve o Serviço Social e a estratégia da intersectorialidade, a partir da experiência nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju/Se. Pois esse profissional se apresenta como um atores importante nesse processo e tem se destacado em suas ações voltada a promoção da saúde, com uma inserção diferenciada que supera o estatuto da visão paramédica, ratificando o direito a saúde pública de forma universal e gratuita.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 3.547.805

Hipótese: Os assistentes sociais têm se apropriado e fortalecido com os demais profissionais a estratégia da intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família, com ratificação e realização de ações de fortalecimento do SUS na perspectiva da integralidade.

Metodologia Proposta: A presente pesquisa será de tipo exploratória, os dados serão obtidos a partir de coleta de dados de fontes primárias por intermédio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais inseridos nas Unidades de Saúde de Aracaju/Se. O universo da pesquisa compreende os assistentes sociais das 44 (quarenta e quatro) Unidades de Saúde da Família que possuem o referido profissional e a amostra será de 23 assistentes sociais, totalizando mais de 50% do universo pesquisado. O tipo de amostra será não probabilística intencional composta por mais de 50% das unidades que possuem assistentes sociais, elencados critérios como maior tempo de atuação enquanto assistente social na referida USF. Para a coleta de dados, utilizará a técnica de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, a partir de um roteiro e agendamento prévio e a categorização dos dados ocorrerá a partir da descrição numérica de como determinadas categorias estarão presentes ou não nos discursos e em quais contextos e como isso acontece, a partir da leitura e releitura do material coletado, com observação aos objetivos da presente pesquisa. O processo de análise e interpretação de dados dessa pesquisa será com base na técnica de análise de conteúdo. Com relação ao método que proporciona as bases lógicas da investigação do presente estudo, será o materialismo histórico dialético. Por fim, o presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS), da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju/Se para avaliação, conforme as orientações necessárias da referida secretaria e será submetida ao comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe, a fim de garantir a proteção ética aos sujeitos envolvidos da pesquisa. Os sujeitos da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que constará as informações da pesquisa e concordância com a mesma.

Critério de Inclusão: A presente pesquisa elencará como critérios de inclusão a realização de entrevistas com os 23 profissionais, que atuam como assistentes sociais nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju/Se, priorizando os que possuem mais tempo de atuação na referida unidade de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar de que forma os assistentes sociais inseridos nas Unidades de Saúde da

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº	CEP: 49.060-110
Bairro: Sanatório	
UF: SE	Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208	E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.547.805

Família de Aracaju/SE utilizam a estratégia da intersetorialidade.

Objetivo Secundário: Conhecer as ações intersetoriais que permeiam as intervenções dos assistentes sociais nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju/Se; Verificar as implicações decorrentes da atual conjuntura para a materialização da intersetorialidade na atuação profissional; Identificar a visão dos assistentes sociais sobre os principais desafios e perspectivas para a utilização da intersetorialidade no âmbito das UFS's.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Conforme já citado anteriormente, o presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS), da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju/Se para avaliação e será submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe, a fim de garantir a proteção ética aos sujeitos envolvidos da pesquisa e os mesmos terão sua identidade preservada e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com relação aos riscos que a pesquisa possa apresentar destaca-se alguns mínimos, mas que precisam ser pontuados: a possível interpretação da resposta de maneira equivocada, ou falas com interpretações ambíguas, sendo necessário ser contornado para evitar problemas para a pesquisa. Diante disso, será necessário transcrever as entrevistas e depois entrar em contato com o entrevistado para esclarecer dúvidas, que ficaram pendentes. Registra-se ainda que o material coletado será guardado de maneira sigilosa e segura, apenas nos arquivos de acesso dos autores da pesquisa por um período de 5 anos após o término da pesquisa, conforme preconiza a resolução 510/2016.

Benefícios: O presente estudo contribuirá com as discussões teóricas e práticas nas ações dos assistentes sociais inseridos na política de saúde brasileira, bem como indiretamente fornecerá benefícios para os usuários das políticas públicas. Fornecerá insumos teóricos para que os trabalhadores reflitam sobre as suas práticas e colaborem para o desenvolvimento e fortalecimento da materialização da intersetorialidade. Dentro do debate do Serviço Social afirma-se a existência de poucas pesquisas relacionadas a relação direta dos assistentes sociais no fortalecimento da intersetorialidade e experiências profissionais, autores como Cavalcanti e Macedo (2015) apontaram essa demanda e dentre as dificuldades no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais, Raichelis (2009) pontua alguns desafios, dentre eles o caráter interdisciplinar e intersetorial do trabalho profissional no campo das políticas sociais públicas. Dessa forma, o presente estudo fortalecerá a discussão de um tema já apresentado por outros autores como uma demanda dentro do debate profissional e consequentemente fortalece a discussão da política de saúde, conforme preconiza o SUS.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 3.547.805

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estima-se que a presente pesquisa contribuirá para o fortalecimento da estratégia da intersetorialidade dentro do debate do Serviço Social na saúde, possibilitando maiores discussões e análises das ações que permeiam as intervenções profissionais nessa perspectiva

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada, sem carimbo;
- Cronograma defasado;
- Orçamento exequível;
- TCLE apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1384182.pdf	17/07/2019 23:50:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	17/07/2019 23:48:08	CIBELE FERREIRA CEZAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTO.pdf	17/07/2019 23:47:08	CIBELE FERREIRA CEZAR	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO1.pdf	17/07/2019 23:42:29	CIBELE FERREIRA CEZAR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTADEANUENCIA.pdf	14/07/2019 10:27:44	CIBELE FERREIRA CEZAR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 3.547.805

ARACAJU, 02 de Setembro de 2019

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **CEP:** 49.060-110
E-mail: cephu@ufs.br

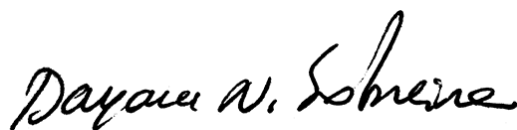
ANEXO D – Declaração de Revisão**DECLARAÇÃO DE REVISÃO**

Prezada Senhor (a),

Declaro, para os devidos fins, que realizei a revisão da dissertação de mestrado **Serviço Social e Intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família no Município de Aracaju-SE**, consistindo em correção gramatical, adequação do vocabulário, inteligibilidade do texto e formatação ABNT.

João Pessoa-PB,

17 de dezembro de 2020



Dayane N. Sobreira
(Responsável)